WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI
FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA
LEKARSKIEGO

REVUE MENSUELLE DE LA LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE

pod redakcją Doc. Dr. A. Wojciechowskiego

WARSZAWA

ROK II WRZESIEŃ 1928 ZESZYT IX

OPOZONES Lumière

Nowoczesna organoterapja ze wszystkich gruczołów i narządów

OPOZONES:

„ Thyroïde
„ Mammaire
„ Placenta
„ Hypophyse
„ Biliaire (FELLIS)
„ Hépatique
„ Muqueuse intestinale
„ Muqueuse stomacale
„ Ganglions (GL. LYMPHATICAE)
„ Bulbe (MEDULLA OBLONGATA)
„ Orchitique (EXTR TESTICULORUM)
„ Prostatique
„ Tissu nerveux (SUBSTANTIA NERVOSA)
„ Splénique (LIEN)
„ Pancréatique
„ Surrénale (SUPRARENALIS)
„ Rénale
„ Thymus
„ Corps jaune de l'ovaire (CORPUS LUTEUM)

„ Pluriglandulaire „O"

OVARIQUE
THYROÏDE 0,025
HYPOPHYSE 0,025
SURRÉNALE 0,05
OVAIRE 0,1

„ Pluriglandulaire „T"

ORCHITIQUE
THYROÏDE 0,025
HYPOPHYSE 0,025
SURRÉNALE 0,05
ORCHITIQUE 0,1

Pluriglladulaire
THYROÏDE 0,025
HYPOPHYSE 0,075
SURRÉNALE 0,1

Każde pudełko zawiera 54 tabletki powleczone glutenem.

Przedstawicielstwo na Polskę „L. Nasierowski."

Warszawa, ul. Piękna 62, tel. 124-39, 30-42. - Próby i literatura na żądanie WPp. Lekarzy.

ROK II WARSZAWA 1928 WRZESIEŃ ZESZYT IX

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI
FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA
LEKARSKIEGO

REVUE MENSUELLE DE LA LITTERATURE MEDICALE FRANÇAISE

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego

PRACE ORYGINALNE

Dr. JAKÓB WĘGIERKO (Warszawa).

Zasady leczenia wapniem.

I

Część ogólna.

Leczenie przetworami wapnia znane już było w czasach najodleglejszych. Przeżywało ono okresy wielkiego entuzjazmu oraz upadku i zniechęcenia. Przyczynę owego krańcowego stosunku lekarzy do leczenia wapniem szukać należy jedynie w niedostatecznym rozwoju nauki, niemogącej wówczas poradzić sobie z teoretycznem uzasadnieniem tego rodzaju leczenia. Wobec tego nie stosowano wapnia w tych przypadkach, w których, na zasadzie przesłanek teoretycznych, stosować go należałoby, doznawano więc zawodów, a w następstwie tego rodziło się zniechęcenie.

Widzimy więc, że leczenie wapniem, które powstało na gruncie czystej empirji, dopóki nie oblekło się w szatę teoretyczną, nie mogło odegrać należytej roli w lecznictwie. Jeżeli zaś w ostatnich latach wapno — jako lek, można rzec, stało się prawie alfą i omegą współczesnego lecznictwa, to jedynie dzięki poważnym pracom z zakresu fizjologji i farmakologji, a nadewszystko dzięki stosowaniu w medycynie praw chemji fizycznej.

Nim przystąpię do omawiania działania leczniczego wapnia, podam niektóre dane z dziedziny fizjologji, farmakologji i patologji ogólnej, dotyczącej tego środka, a ułatwi to nam zrozumienie i ocenę jego działania.

Zapotrzebowanie wapnia przez ustrój bywa zazwyczaj całkowicie pokryte pożywieniem. Podczas gdy u dorosłych ilość wprowadzonego wapnia równa się ilości wydalonego (zrównoważony bilans wapniowy), to u dzieci spotyka się zazwyczaj bilans dodatni, a zatem mniej zostaje wydzielone z ustroju, niż wprowadzone. Obliczono, że osesek zatrzymuje dziennie w ustroju około 0,1 — 0,2 gr. Ca O, z wprowadzonych 0,3—0,4 gr. U dorosłych, przy zwykłem odżywianiu, wprowadzone zo-

staje do ustroju z pożywieniem około jednego grama wapnia dziennie.

Należy podkreślić, że przeprowadzenie dokładnego bilansu wapniowego nasuwa wiele trudności, wypływających przedewszystkiem z tego powodu, że trudno jest orzec, badając zawartość wapnia w kale, czy jest to wapń niewchłonięty przez jelita, czy też przez jelita wydzielony. Nie wiadomo zatem, czy całkowity wapń, zawarty w kale, przyjmował udział w wymianie wapniowej ustroju.

Zazwyczaj więcej wapnia wydziela się z kałem, niż z moczem. Dane liczbowe, zdobyte przez *Nelsona i Burnusa* przedstawiają się w sposób następujący:

Ogółem dobowa ilość wydzielonego Ca wynosi 0,41—1,015 gr.;

z tego z moczem wydziela się 0,125—0,441 (30—40%);

a z kałem 0,29—0,572 (40—60%).

Najprawdopodobniej, jak sądzi większość autorów, częściej odpowiadają rzeczywistości niższe, z podanych tu wartości, niż wyższe.

Jeszcze i inna okoliczność utrudnia dokładne przeprowadzenie bilansu wapniowego, a mianowicie powolne jego wchłanianie się przez przewód pokarmowy.

Jak wynika z wyżej przytoczonego, obliczanie bilansu wapniowego niebywa prawie nigdy zupełnie ścisłe. Należy również podnieść, że przemiana wapniowa, a głównie pośrednia przemiana, jest ogromnie skomplikowana i dlatego, opierając się jedynie na obliczaniu wwozu i wywozu, nie jesteśmy w stanie wiele osiągnąć. Tembardziej, że nawet w stanach, w których przedewszystkiem zaburzona jest przemiana wapnia, jak naprz. w krzywicy i rozmiękknieniu kości (osteomalacja), nie możemy wykazać jakichkolwiek zaburzeń w jego bilansie. Wszelkie schorzenia, polegające na nieprawidłowej wymianie wapnia, prawie nigdy nie posiadają swego źródła w niedostatecznem jego wprowadzaniu do ustroju, albowiem jest rzeczą dowiedzioną, że ze zwykłem pożywieniem wprowadzamy zazwyczaj wystarczającą jego ilość. Słowem zwykłym rachunkiem nie osiągamy wiele i szukać należy przyczyny choroby, polegającej na wadliwej wymianie wapnia w zmianach bardziej subtelnych, a nie zupełnie jeszcze jasnych.

Wapń spotykamy w ustroju zarówno w stanie nierozpuszczalnym, jako też rozpuszczalnym. Nierozpuszczalne sole wapniowe (węglan wapniowy i fosforan wapniowy) wchodzą przedewszystkiem w skład kości. Wapń rozpuszczalny znajduje się we wszystkich tkankach i cieczach ustroju, a charakter jego nie jest jednolity. We krwi znajduje się — jako sól istotnie rozpuszczalna w stanie molekularnym $[Ca(HCO_3)]_2$ oraz w stanie koloidowym, tworząc połączenia z białkiem i lipoidami (ciałami tłuszczowatemi). Najważniejsze jednak znaczenie fizjologiczne i patologiczne posiada wapń w stanie dysocjonowanym, jako jon wapniowy. Ogólna ilość wapnia we krwi w warunkach fizjologicznych wynosi 10—12 mg %. Według badań *Rony i Takahashiego* oraz *Brinkmanna* we krwi znajduje się około 3 mg % wapnia jonizowanego, 25—35% koloidowego nie podlegającego dyfuzji oraz 65—75% wapnia nie dysocjonowanego. Zarówno ogólna ilość wapnia we krwi, jako też i poszczególne jego frakcje w warunkach prawidłowych, nie podlegają wybitniejszym wahaniom.

Aby wykazać, jak potężne znaczenie dla życia ustroju posiadają jony wapnia, należy podnieść, że istnieje działanie antagonistyczne pomiędzy poszczególnemi jonami. Przedewszystkiem wchodzą tu w grę jony jednowartościowe, jak sod ($Na^{\cdot\cdot}$) i potas ($K^{\cdot}$) oraz ich antagonisci jony dwuwartościowe, jak wapń ($Ca^{\cdot\cdot}$) i magn ($Mg^{\cdot\cdot}$), czyli katjony naładowane pojedyńczo wzgl. podwójnie elektrycznością dodatnią. Ów antagonizm pomiędzy kationami — jest jednym z główniejszych warunków życia komórki, a więc i całego ustroju. Jeżeli nprz. umieścić izolowane serce żabie w środowisku płynnem, zawierającem jedynie tylko jednowartościowy jon sodu ($Na^{\cdot}$) np. w roztworze fizjologicznym soli kuchennej, to serce zatrzyma się wreszcie w rozkurczu, jeżeli zaś do tego roztworu dodać również i jonu jednowartościowego np. potasu ($K^{\cdot}$), to własciwości trujące roztworu zwiększą się jeszcze bardziej, dopiero z chwilą dodania dwuwartościowego, antagonistycznie działającego jonu wapnia ($Ca^{\cdot\cdot}$), otrzymamy efekt pożądany t. j. przywrócimy nanowo czynność serca. Należy zwrócić uwagę, że same sole wapnia, bez sodu i potasu, działają również trująco. Widzimy więc,

że dla życia ustroju pożądany jest pewien ściśle określony stosunek pomiędzy jedno i dwuwartościowemi katjonami, a wapień odgrywa tu wybitną rolę. Płyn Ringera jest właśnie owym środowiskiem, w którym znajdujemy odpowiedni stosunek ilościowy pomiędzy najniezbędniejszemi dla życia katjonami (0,8% NaCl; 0,02% $CaCl_2$; 0,01% KCl; 0,01% $NaHCO_3$). Gdy uprzytomnimy sobie, jak ważną rolę w owej równowadze pomiędzy katjonami ($Na^{\cdot}$, $K^{\cdot}$, $Ca^{\cdot\cdot}$, $Mg^{\cdot\cdot}$) odgrywa wapń, to jasnem się stanie, że katjon ten musi posiadać wybitne znaczenie, zarówno dla zachowania równowagi fizjologicznej, jak też w leczeniu schorzeń.

Jeżeli więc będziemy mieli do czynienia z nadmiarem sodu lub potasu, czynność komórek zwrócona będzie w inną stronę, niż wówczas, gdy będziemy mieli do czynienia z nadmiarem wapnia, a więc z katjonem, działającym wręcz przeciwnie, niż sód i potas.

Obecnie zwróćmy uwagę na czynność narządów i układów w związku z zachwianiem się równowagi pomiędzy jonami, uwzględniając przedewszystkiem wapń.

Zwiększanie w cieczy przepływającej przez serce potasu prowadzi do wzmocnienia rozkurczu (diastole), zwiększenie zaś wapnia przeciwnie — do wzmocnienia skurczu (systole). Z powodu braku wapnia otrzymujemy również wzmocnienie rozkurczu, a nawet rozkurczowe zatrzymanie serca—czyli zupełnie ten sam efekt, co przy nadmiarze potasu. Słowem, widzimy tu wyraźnie, że istnieje antagonizm pomiędzy wapniem i potasem, gdyż zmniejszenie wapnia prowadzi do tego samego celu, co nadmiar potasu.

Działanie wapnia na parcie krwi nie jest jednolite. Zarówno w doświadczeniach na zwierzętach, jak i u ludzi stwierdzano pod wpływem wapnia niekiedy podnoszenie, niekiedy zaś obniżanie się parcia. Przyczyna tego zjawiska nie jest jeszcze dobrze znana, przypuszczać jednak należy, że wapń, działający na różne i liczne ośrodki (serce, naczynia krwionośne, ośrodek naczynioruchowy, tkanki), na poszczególne jednostki wywiera wpływ niejednakowy. U jednych więc drażni ośrodki pobudzające parcie, u innych odwrotnie.

Na przewód pokarmowy, macicę i pęcherz moczowy wapń działa porażająco, w przeciwieństwie do potasu, który wywiera tu wpływ pobudzający.

Niezmiernie ciekawe i ważne z punktu widzenia fizjologji i patologji są badania *Hamburgera i Brinkmanna*. Autorowie ci wykazali, że przepuszczalność nerek żabich względem cukru gronowego zależy od stosunku ilościowego, w jakim znajduje się wapń i potas w płynie przepuszczanym przez wspomniane nerki.

Przy pewnym określonym stosunku wapnia do potasu nerki żabie nie przepuszczają nawet bardzo stężonych roztworów glukozy. Dane te wskazują, że wapń może odgrywać dużą rolę w leczeniu cukromoczu pochodzenia nerkowego.

Wapń posiada również działanie moczopędne, na co wskazują badania *Hülsego*. Wnioski tego autora są zupełnie zrozumiałe, albowiem wiadomo, że sód działa w kierunku zatrzymywania wody w ustroju, jasnem więc jest, że wapń, jako jego antagonista, musi działać w kierunku odwrotnym. Bezwzględnie, że w dopiero co wspomnianem działaniu moczopędnem wapnia, nie tyle przyjmuje udział sama tylko nerka, ile czynniki tkankowe. Dlatego też wapń może mieć zastosowanie w obrzękach pochodzenia pozanerkowego.

Wiadomo także, że wapń wzmaga wydzielanie mocznika, co również jest do pewnego stopnia związane z jego działaniem moczopędnem.

Sądzono przez czas dłuższy, że wpływ wapnia na ustrój, objaśnia się przedewszystkiem jego działaniem na naczynia krwionośne. Przypuszczano wówczas, że naczynia krwionośne pod wpływem wapnia stają się mniej przepuszczalne dla cieczy, że ściany jakby zostają wzmocnione i uszczelnione. Wogóle starano się sobie wytłómaczyć działanie wapnia na ustrój, jako przedewszystkiem uszczelniające komórki, nietylko naczyń krwionośnych, ale także i wszelkie inne. Owa teorja „mechanicznego" działania wapnia, w świetle badań współczesnych, utraciła bardzo wiele na aktualności. Prawda, że kwestja działania wapnia na naczynia krwionośne nie jest w zupełności wyjaśniona, ale z całą stanowczością powiedzieć można, że rozmaite naczynia krwionośne oddziaływują w tym względzie niejednakowo. Istnieją odcinki układu krwionośnego obwodowego (prawdopodobnie w obrębie n. trzewnego), na

które wapń działa pobudzająco, zwężając naczynia, istnieją również takie odcinki, na które katjon ten działa wręcz przeciwnie tj. porażająco, prowadząc do rozszerzenia naczyń (prawdopodobnie skórnych). Bezwątpienia w tworzeniu się obrzęków i wogóle w mechaniźmie ruchu cieczy ustrojowej trudno kłaść nacisk jedynie na naczynia krwionośne, tem bardziej w sensie ich uszczelnienia, gdyż jak wspominano, również i udział tkanek jest w tym wypadku niewątpliwy.

Ażeby wykazać, jak rozległy i wielostronny wpływ na ustrój posiada wapń, wystarczy jeszcze wymienić jego działanie w kierunku fagocytozy ciałek białych krwi. *Hamburger i Heckma* wykonali szereg ciekawych doświadczeń, wskazujących, że wapń wzmaga fagocytozę. Autorowie ci stwierdzili, że pod wpływem nadmiaru wapnia ciałka białe krwi o wiele więcej pochłaniają pyłu węglowego, niż pod wpływem nadmiaru potasu — a zatem i w tym wypadku mamy do czynienia z antagonistycznem działaniem wapnia i potasu. Wzmaganie się fagocytozy pod wpływem wapnia posiada niepoślednie znaczenie praktyczne i fakt ten może znaleźć zastosowanie w lecznictwie, gdyż w ten sposób możemy wpłynąc na przebieg stanów zapalnych oraz w kierunku zwiększenia odporności (*Zondek*). Znane są przecież fakty, że stan zapalny łącznicy oka królika, wywołany za pomocą podrażnienia olejkiem gorczycznym, szybko ustępuje pod wpływem wapnia. Również wysięki opłucnowe u królików, spowodowane jadem błoniczym, pod wpływem wapnia mogą być szybko zlikwidowane. Znane są również doświadczenia, w których wykazano niezbicie, że trujące działanie chininy na niektóre komórki roślinne, zostaje odwrócone przy pomocy wapnia.

Wspominaliśmy wyżej o działaniu wapnia i jego antagonisty — potasu na serce, na naczynia krwionośne, macicę i pęcherz moczowy. Jeżeli uświadomimy sobie obecnie, że owo działanie wapnia i potasu, wywołujące podrażnienie lub porażenie wymienionyeh narządów jest bardzo zbliżone do podobnego działania układu nerwowego mimowolnego, to stanie się zrozumiałe, że musi istnieć wyraźna zależność pomiędzy działaniem wspomnianych katjonów, a napięciem układu nerwowego mimowolnego. I rzeczywiście badania *Zondeka* ustaliły, że czynność wszystkich narządów i układów, jaka występuje pod wpływem podrażnienia nerwu błędnego, jest w zupełności identyczna z wpływem sztucznego wzmożenia stężenia potasu, natomiast czynność narządów, występująca pod wpływem podrażnienia n. współczulnego jest identyczna ze wzmożeniem stężenia wapnia. Słowem przez podrażnienie układu współczulnego wzgl. błędnego osiągnąć możemy w zupełności to samo, co przez zwiększenie stężenia wapnia wzgl. potasu.

Jeżeli przez pobudzenie układu współczulnego zmniejszyć możemy napięcie układu błędnego, to zdołamy w zupełności to samo uczynić przez zwiększenie stężenia wapnia.

Działanie katjonów, identyczne z działaniem układu mimowolnego, występuje nawet wówczas, gdy z jakiegoś powodu wyłączony jest wpływ nerwów (zwyrodnienie, porażenie, zatrucie jadem), natomiast podrażnienie tych nerwów nie odnosi skutku, gdy brak jest odpowiednich katjonów. *Kraus* i *Zondek* zdołali także wykazać, że pobudzenie układu błędnego w obecności nadmiernego stężenia wapnia sprowadza efekt wręcz przeciwny, a mianowicie przyśpiesza czynność serca, czyli działa tak, jak pobudzanie układu współczulnego.

Nadmiar wapnia wzmaga również działanie adrenaliny, która, jak wiadomo, pobudza układ współczulny. *Dresel* i *Jakobovits* wykazali przecież, że adrenalina wraz z wapniem bardziej podnosi parcie krwi, niż sama adrenalina.

Na zasadzie przytoczonych faktów powiedzieć należy, że jony (wapń, potas) są narzędziem, którym posługuje się układ nerwowy mimowolny, aby wypełniać swą czynność. (*Zondek*).

Wzajemna ścisła zależność, jaka istnieje pomiędzy działaniem jonów (elektrolitów), a napięciem układu nerwowego mimowolnego, wskazuje na wielce doniosłą rolę jonów w patologji, oraz na wybitne ich znaczenie w lecznictwie. Skoro stwierdziliśmy, że układ nerwowy mimowolny reguluje stężenie katjonów w tkankach, to musimy także przyjąć, że zaburzenia w układzie mimowolnym sprowadzają również zaburzenia w układzie katjonów. Ponieważ zaś obecnie układ nerwowy mimowolny w patogenezie rozmaitych cho

rób odgrywa dużą rolę, to tym samym rolę tę odgrywać powinny katjony, a przedewszystkiem wapń.

Mówiąc więc o wagotonji (czyli wzmożonem napięciem układu błędnego) mamy na myśli stan, w którym wokół otoczek komórkowych pewnych narządów została naruszona równowaga w układzie katjonów, a mianowicie zwiększyło się stężenie potasu. Mówiąc o czystej sympatykotonji (wzmożonem napięciu układu współczulnego) rozumiemy znowu taki stan, w którym mamy do czynienia z nagromadzeniem w tkankach pewnych narządów nadmiaru wapnia.

Wyżej wymienione fakty torują nam drogę do konsekwentnego postępowania leczniczego, albowiem zmuszają nas do podawania wagotonikom wapnia, który, jak nam wiadomo, działa w kierunku przeciwnym niż potas. Schorzenia, których główna przyczyna tkwi w nadmiernym podrażnieniu układu błędnego, a mianowicie astma oskrzelowa, gorączka sienna i t. d. powinny być leczone przedewszystkiem wapniem. Wapń, można rzec, jest dziś nieodzownym środkiem w leczeniu stanów, wywołanych podrażnieniem układu błędnego (wagotonia).

Jednakże nietylko w stanach podrażnienia układu nerwowego mimowolnego stosuje się wapień, gdyż istnieje jeszcze szereg innych schorzeń, w których wskazane jest podawanie tego środka. O wszelkich tych stanach chorobowych mowa będzie w rozdziale następnym. Dotąd wysunęliśmy na plan pierwszy, w krótkim zarysie, najważniejsze dane teoretyczne, dotyczące leczenia wapieniem, aby w ten sposób mozna było łatwiej pojąć i móc wniknąć w niektóre szczegóły tego wielce ważnego dziś sposobu leczenia.

II.

Część szczegółowa.

Po zaznajomieniu się z danemi ogólnemi, dotyczącemi leczenia wapniem, przejdziemy obecnie do rozpatrywania niektórych szczegółów, a mianowicie jednostek i zespołów chorobowych, w których wskazane jest podawanie wapnia. W rozdziale tym postaramy się uzasadnić każdorazowe podawanie omawianego tu środka oraz w miarę możności podać mechanizm jego działania.

Przedewszystkiem wybitne wskazanie do leczenia wapniem, o czem już wspomniano, przedstawiają stany zwane wagotonją. Zaliczamy tu choroby na pierwszy rzut oka tak różne, że zdawałoby się, iż ujmowanie ich w jedną grupę — jest zgoła nie racjonalne. Wchodzą tu przeważnie w grę cierpienia następujące: *asthma bronchiale, colitis membranacea, hyperemesis gravidarnm*, wypryski (Ekzema) ciężarnych, gorączka sienna, *urticaria* (pokrzywka) oraz wszelkie stany anafilaktyczne.

Nie ulega wątpliwości, że stany wagotoniczne i anafilaktyczne są sobie pokrewne a przemawiają za tem niektóre fakty. Wiadomo naprzykład, że „wstrząs anafilaktyczny" skutecznie bywa zwalczany przy pomocy atropiny oraz, że w większości przypadków wagotonji spostrzegamy tak samo, jak w przypadkach anafilaksji eozynofilję. Pokrewne te stany bywają również i jednakowo zwalczane, a wchodzi tu w grę przedewszystkiem wapno. *Netter i Gewin* stosowali również wapno w chorobie posurowiczej i otrzymywali b. dobre wyniki, a wyszli z tego założenia, że choroba ta jest jednym z przejawów stanu anafilaktycznego. Do równoważników „wstrząsu" anafilaktycznego zaliczamy również nadwrażliwość względem niektórych pokarmów (raki poziomki i t d.), a klinicznie nadwrażliwość owa często przejawia się jako pokrzywka (urticaria). W chorobie posurowiczej spostrzegamy również nieraz pokrzywkę. Wreszcie obrzęk Quinkego, jak wiadomo, stoi w ścisłym związku z pokrzywką. Wiadomo także, że astma oskrzelowa ma wiele wspólnego pod względem etjologicznem z „wstrząsem" anafilaktycznym. Słowem widzimy, jak wiele najrozmaitszych stanów patologicznych jest ściśle związanych z podrażnieniem nerwu błędnego, wzgl. z „wstrząsem" anafilaktycznym. Nie będziemy się wdawali w szczegóły, aby udowodnić jeszcze bardziej łączność etjologiczną przytoczonych tu stanów, gdyż nie wchodzi to w zakres naszego tematu. Faktem jedynie jest, że wapno wywiera wpływ skuteczny, a stosujemy go na zasadzie wyżej wyłuszczonych przesłanek teoretycznych. Prawda, że wapń, nie we wszystkich przypadkach astmy oskrzelowej wywiera skutek dodatni, ale też po-

dobne wyniki spostrzegamy przy stosowaniu wszystkich innych środków. Wiadomo zresztą, że odróżniamy dziś dwa rodzaje astmy oskrzelowej—„spastyczną" i „nieżytowo-rozedmową" — wapń działa tylko w postaci „spastycznej". Zrozumiałą wszak jest rzeczą, że astma, powstała na tle podrażnienia śluzówki oskrzeli przez powiększone gruczoły chłonne okołooskrzelowe, nie może być skutecznie leczona wapniem.

Leczenie astmy oskrzelowej wapniem zostało zapoczątkowane przez *K. Kaysera i H. Curschmanna*. Autorowie ci nie podawali jednak wapnia w czasie napadu duszności, a używali go jedynie w celu leczenia przewlekłego, albowiem środek ten stosowany doustnie działał bardzo powoli. Obecnie wprowadzając wapno dożylnie możemy również w większości przypadków uwolnić chorego od napadu duszności, podobnie, jak to czyni adrenalina lub efetonina. W leczeniu astmy oskrzelowej, jak uczy nas doświadczenie, najlepiej stosować wapno dożylnie, zarówno w celu przerwania napadu duszności, jak i w celu leczenia przewlekłego.

Według *Curschmanna* najlepsze wyniki daje wapno w przypadkach astmy, w których mamy do czynienia z ukrytemi objawami tężyczki (dodatni objawy Chwostka, Erba). Nie będziemy przytaczać szczegółowo wyników, jakie osiągnięto po dzień dzisiejszy, lecząc astmę oskrzelową wapniem, nie będziemy również omawiać samej techniki leczenia wapniem, gdyż nie wchodzi to w zakres niniejszego tematu. Wiadomo zresztą, że omawiać szczegółowo leczenie wapniem astmy oskrzelowej można jedynie w związku z omawianiem leczenia astmy oskrzelowej wogóle. Wypada jednak podkreślić, że wapno podawane dożylnie w większości przypadków astmy oskrzelowej daje wyniki bardzo dobre.

Jeżeli pojęcie wagotonji traktować będziemy w szerszym tego słowa znaczeniu, to bezwątpienia zaliczyć tu musimy również i t ę ż y c z k ę (t e t a n i a).

Jak wiadomo tężyczkę możemy wywołać u zwierząt sztucznie, usuwając gruczoły przytarczyczne. Jasnem więc jest, że tężyczka należy do grupy schorzeń gruczołów dokrewnych. Wobec ścisłego związku, jaki zachodzi pomiędzy gruczołami dokrewnemi, a układem nerwowym mimowolnym, jesteśmy uprawnieni do traktowania tężyczki, jako cierpienia układu nerwowego mimowolnego. Dzięki badaniom licznych autorów, a głównie *Frontali* i *Danielopolu* wiemy, że niektóre objawy tężyczki pokrywają się do pewnego stopnia z objawami wagotonji. Najważniejsze objawy kliniczne tego cierpienia, jak wybitna pobudliwość mięśni kośćca, ich nadmierne napięcie, oraz drgawki kurczowe można również wywołać przy pomocy jadów farmakologicznych, drażniących układ błędny (vagus). Stwierdzono bowiem, że odosobniony mięsień, pogrążony w płyn, do którego dodano acetylcholiny, wykazuje wybitne drgania włókienkowe. Zachowanie się elektrolitów, a przedewszystkiem wapna w ustroju dotkniętym tężyczką, przemawia również na korzyść twierdzenia, że cierpienie to zaliczyć należy do schorzeń, zgrupowanych pod nazwą *„neurosis vegetativa"*. Z badań licznych autorów wynika, że ilość wapnia we krwi bywa w tężyczce obniżona o 50—60%, a zatem na zasadzie dotychczasowego naszego rozumowania, fakt ten prowadzi do tego samego rezultatu, co zwiększenie się potasu. Wiadomo zaś, że nadmiar potasu — drażni układ błędny, a niedostateczna ilość wapnia zmniejsza napięcie układu współczulnego tem samem prowadzi więc do podrażnienia układu błędnego. Słowem posiadamy poważne dane, że w tężyczce mamy właśnie do czynienia z podrażnieniem układu błędnego. Zresztą niektórzy autorowie, jak naprzykład *Kramer*, stwierdzali we krwi takich chorych również i nadmierną ilość potasu, co powinno jeszcze bardziej przemawiać za tem, ż e t ę ż y c z k a j e s t d o p e w n e g o s t o p n i a w a g o t o n j ą.

Nie wdając się w dalsze rozważania teoretyczne, celem przekonania czytelnika, że rzeczywiście tężyczka należy do rzędu schorzeń, p. n. *„neurosis vegetativa"*, wspomniemy jedynie jeszcze, że istnieje przypuszczenie, iż cierpienie to jest następstwem nieprawidłowej pośredniej przemiany materji, w rezultacie czego nagromadza się w ustroju „dimethylguanidina", która znowu prowadzi do zmniejszenia ilości wapnia (*Noel, Pathon* i *Findlay*). A więc i ta koncepcja zmusza nas wreszcie do przyjęcia, ż e b r a k w a p n i a j e s t n a j g ł ó w n i e j s z ą p r z y c z y n ą t ę ż y c z k i i w o b e c t e g o l e c z e n i e w a p n i e m j e s t t u w s k a z a n e bez względu na to, jakiej teorji powstawania tego cierpienia będziemy hołdowali. Nawet jeżeli wyjdziemy z założenia, że w etiologji tężyczki najważniej-

szą rolę odgrywa alkaloza (nadmierna zasadowość krwi) z jednoczesnem nagromadzeniem się w ustroju fosforanów, to i w tym wypadku przekonamy się, że alkaloza, która bezwzględnie w tężyczce występuje, zależy przedewszystkiem od ilości nagromadzonego we krwi potasu. Liczne badania wskazują na niezbity fakt, że nadmiar wapnia prowadzi do miejscowego zakwaszenia, a nadmiar potasu do miejscowej alkalozy. *Freudenberg* i *György*, podając w tężyczce wapno, dodatni wpływ tego leku kładą na karb zakwaszenia ustroju.

Leczenie wapniem nie ogranicza się jedynie do typowych przypadków tężyczki dziecięcej, gdyż i w innych stanach pokrewnych tężyczce, jak np. w spazmofilji dorosłych (*Peritz*) środek ten przynosi wybitną ulgę. Do chorób, które powstają na gruncie t. z. ukształtowania spazmofilicznego (*spasmophile Konstitution*) zalicza *Peritz* spazmofiliczną postać padaczki (*epilepsia*) schizophrenję, migrenę, astmę nerwową, wrzód żołądka, zaparcie stolca spastyczne, niektóre postacie reumatyzmu mięśniowego oraz pewne myopatje, jak np. chorobę Thomsena. Wszystkie tu wymienione postacie chorobowe spostrzega się przeważnie u jednostek, wykazujących wybitne objawy wagotonji.

Istnieją również niektóre objawy chorobowe, w których pośrednio mamy do czynienia z pewną łącznością pomiędzy ustosunkowaniem się elektrolitów z wapniem na czele, a układem nerwowym mimowolnym. Wchodzą tu w grę objawy, występujące po nadmiernem naświetlaniu promieniami Roentgena, lampą kwarcową oraz słońcem. Według licznych autorów owe niedomagania (osłabienie, mdłości i t. d.) są wynikiem podrażnienia nerwu błędnego i leczenie wapniem w tych wypadkach przynosi ulgę. Dowodem tego, że właśnie po naświetlaniu rozmaitemi promieniami występują objawy podrażnienia nerwu błędnego, jest fakt, że naświetlania prowadzą do wzmożenia ilości wapnia we krwi, a zatem przeciwnie, niż to czyni adrenalina, która, jak wiadomo, obniża zwierciadło wapnia we krwi. Adrenalina zaś jest „par excellence" środkiem podrażniającym układ współczulny. Pod wpływem naświetlań występuje więc wybitne przegrupowanie w układzie elektrolitów (zwiększenie we krwi wapnia, a zmniejszenie sodu i potasu), przegrupowanie, które powstaje łatwiej i utrzymuje się dłużej, niż to ma miejsce podczas dożylnego stosowania wapnia. Liczne doświadczenia przekonywują nas dokładnie o zachowaniu się układu mimowolnego podczas naświetlania rozmaitymi promieniami (rentgen, słońce, lampa kwarcowa) i wszystkie przemawiają za tem, że pod wpływem owych promieni, pojawia się zmniejszenie napięcia układu współczulnego. Wystarczy więc wspomnieć o tem, że w skórze zapalnie zmienionej, z powodu nadmiernego naświetlania, mamy do czynienia z obniżoną pobudliwością zakończeń nerwów współczulnych, że osocze, otrzymane z krwi wypływającej z nadnerczy zwierząt naświetlanych, nie posiada w dostatecznej mierze własności zwężających naczynia, że cukier we krwi tych zwierząt jest wyraźnie obniżony, słowem, wszystkie te fakty przemawiają aż nadto wyraźnie za tem, że w tych przypadkach mamy do czynienia ze zmniejszonem wydzielaniem adrenaliny, prowadzącem do obniżenia napięcia n. współczulnego.

Należy jeszcze raz podkreślić, że zwiększenie się ilości wapnia we krwi po naświetlaniach trwa zazwyczaj kilka tygodni, a nawet miesięcy i idzie w parze z intensywnością zabarwienia skóry, które ma miejsce po wspomnianych naświetlaniach.

Widzimy więc, że naświetlania wywierają wybitny wpływ na wymianę wapniową i najprawdopodobniej nietylko w sensie zwiększania się wapnia we kwi i w tkankach, ale także w sensie jego lepszego przyswajania przez najrozmaitsze narządy. Wiadomo bowiem, że wszelkie choroby, idące w parze z wadliwą wymianą wapniową, jak np. krzywica, nie powstają jedynie wskutek niedostatecznej ilości wapnia w ustroju, lecz głównie z powodu wadliwego jego przyswajania. Dlatego też naświetlania słońcem (lampą kwarcową) odgrywają w krzywicy tak ważną rolę.

Na tem kończymy omawianie stanów chorobowych, związanych z wagotonją i anafilaksją, przechodząc do innej grupy schorzeń, w których również stosowane jest leczenie wapniem.

Co się tyczy leczenia chorób serca, to w pierwszej części niniejszego artykułu omówiliśmy w zarysach ogólnych, jakie w tym kierunku znaczenie posiada

wapń. Obecnie dodać wypada, że wapń wzmaga działanie środków nasercowych, a przedewszystkiem naparstnicy. Ostrzega się natomiast przed równoczesnem podawaniem wapnia i strofantyny, gdyż zachodzi obawa zbyt silnego bodźca, również z tych samych względów nie trzeba podawać wapnia tym chorym, którzy czas dłuższy otrzymywali naparstnicę.

Duże znaczenie posiada podawanie wapnia w krwawieniach. Nie chodzi tu o specjalne jednostki chorobowe, lecz o stany najrozmaitsze, nie związane ze sobą etjologicznie, w których krwawienie ma miejsce.

Oddawna wiadomo, że wapno odgrywa dużą rolę w procesie krzepnięcia krwi, gdyż bez obecności wapnia zjawisko to nie występuje. Dlatego też po dodaniu środków, strącających wapno, jak cytryniany i szczawiany, krew pozostaje płynną. Z drugiej zaś strony wiadomo również, że zjawisko krzepnięcia nie zależy jedynie i wyłącznie od wapnia, gdyż zarówno zaczyny (fermenty) oraz inne czynniki odgrywają tu rolę wybitną. Dlatego też nie możemy oczekiwać dodatniego wpływu wapnia we wszystkich tych przypadkach, w których mamy do czynienia z niedostateczną krzepliwością krwi. W leczeniu np. krwawiączki (haemophilia), w której na plan pierwszy występuje przedłużenie czasu krzepnienia, jak wiadomo, wapń nie odgrywa zgoła żadnej roli. Także w leczeniu innych skaz krwotocznych (trombopenia i t. d.) wapń nie okazał się również środkiem skutecznym. Natomiast w tych przypadkach, w których krwawienie występuje wskutek uszkodzenia naczyń krwionośnych, oraz wskutek wzmożonej ich przepuszczalności, wapń okazuje zazwyczaj działanie dobre. Owe dodatnie w tych przypadkach działanie wapnia należy tłumaczyć jego uszczelniającym wpływem na tkankę naczyń oraz jego własnościami zwężającemi naczynia. Przesłanki teoretyczne, dotyczące tego zagadnienia, zostały poruszone w części pierwszej niniejszego artykułu.

Do stanów chorobowych, w których występuje krwawienie wskutek uszkodzenia naczyń, zaliczyć należy krwotoki płucne (*haempotoe*) oraz krwawienia żołądkowe i kiszkowe (wrzód, czerwonka). W przypadkach tych podawanie wapnia odnosi przeważnie skutek dobry. Według *Maendla* wapń jest wielce skutecznym środkiem w krwotokach płucnych pochodzenia gruźliczego, przyczem wpływa on również dobrze na stan ogólny tych chorych, gdyż zmniejsza biegunki i przeciwdziała nadmiernym potom. W ostatnich czasach bardzo często poruszano również kwestję leczenia wapniem czerwonki.

Co się tyczy krwawień z powodu wzmożonej przepuszczalności naczyń, to wspomnieć tu należy stany toksyczne, prowadzące do porażenia naczyń włosowatych, jak np. krwotoki z powodu zatrucia związkami arsenowemi. Także krwawienia ginekologiczne leczą się skutecznie wapnem, a szczególnie w połączeniu z przetworami gruczołów dokrewnych.

Wspomnieć raz jeszcze należy, że wapń podawany bywa w stanach obrzękowych rozmaitego pochodzenia oraz w przesiąkach i wysiękach do jam surowiczych, a mechanizm jego działania, o którym była mowa w rozdziale pierwszym, polega również na uszczelniającym wpływie wapnia na tkanki.

W gruźlicy płucnej od dłuższego czasu stosuje się wapń, zarówno doustnie, jak i dożylnie. Leczenie to rozwinęło się dzięki badaniom szkoły francuskiej, która wykazała, że w gruźlicy płuc mamy do czynienia z demineralizacją ustroju. Największe zasługi w tym kierunku położyli *Robin* i *Binet* którzy badali zawartość nieorganiczną poszczególnych narządów, pochodzących od chorych na gruźlicę i stwierdzili wybitne zubożenie tych narządów w sole mineralne, przeważnie wapniowe. Nowsze badania *Rosenfelda* i *Rosenheima* potwierdzają spostrzeżenia *Robina i Bineta,* wykazują bowiem, że płuca gruźliczo zmienione, zawierają o 25% mniej wapnia, niż płuca zdrowe. Zrozumiałem więc jest, że na zasadzie powyższych danych eksperymentalnych zaczęto podawać wapno, traktując ten rodzaj leczenia, jako terapję zastępczą. Z drugiej zaś strony stosowanie wapnia w gruźlicy płuc wielu autorów usprawiedliwia w sposób zgoła inny. Istnieje przypuszczenie, że przetwory wapniowe, podobnie jak krzemowe, posiadają właściwości drażniące, gdyż odkładają się w gruczołach chłonnych i w tkance łącznej i w ten sposób sprzyjają bujaniu tkan-

kołącznowemu, przyśpieszając zabliźnienie ognisk swoistych.

Jeżeli jeszcze przypomnieć, że wapń wywiera wpływ dodatni na gruźliczych, zmniejszając krwotoki, biegunki i poty, to stanie się jasne, że środek ten znalazł szerokie zastosowanie w leczeniu gruźlicy płucnej.

Zastanawiając się jednak nad wynikami, osiągniętemi przy leczeniu gruźlicy wapniem, dochodzimy do wniosku, że środek ten w danym wypadku jest bezwzględnie przeceniony i zbyt często stosowany niepotrzebnie. Jeżeli istnieją przesłanki teoretyczne, przemawiające na korzyść leczenia gruźlicy wapniem, to istnieją również i przemawiające przeciwnie. Przedewszystkiem wapń działa zakwaszająco, tembardziej w połączeniu z anjonem chlorowem (chlorek wapnia bywa podawany najczęściej), a wiadomo, że zakwaszenie ustroju obniża jego samoobronę i zmniejsza jego siłę biologiczną w walce z zakażeniem.

Co zaś dotyczy leczenia zastępczego, z powodu istniejącego odwapnienia narządów chorych, to liczne badania wykazują, że w ustroju nigdy nie braknie wapnia, i że z pożywieniem zostaje on w dostatecznej ilości wprowadzony. Zresztą w żadnem cierpieniu, w którem istnieją zaburzenia w przemianie wapniowej, jak w krzywicy i t. p., nie mamy do czynienia z brakiem wapnia w ustroju, lecz z niedostecznem jego przyswajaniem. Wprowadzanie nadmiaru wapnia nie możemy żadną miarą traktować w sensie leczenia zastępczego. Ustrój gruźliczy jest ubogi w wapń nie dlatego, że mało go otrzymuje, lecz dlatego, że źle go przyswaja. A czy nadmierne podawanie wapnia prowadzi do lepszego jego przyswajania — pozostaje sprawą otwartą. W każdym bądź razie wapno, jako środek leczniczy w gruźlicy płuc, nie zasługuje na większą uwagę, a wskazane jest przeważnie jego podawanie w okresie krwotoków.

Przechodzimy obecnie do omówienia ostatniej grupy schorzeń, w której zazwyczaj podawane bywa wapno, a mianowicie do s c h o r z e ń k o ś c i. Jeżeli w czasie wojny obserwowano przypadki rozmięknienia kości (osteomalacja) na tle niedostatecznego odżywiania, to nieznaczy jeszcze, że choroba ta powstawała jedynie wskutek niedostatecznego wprowadzania do ustroju wapna, gdyż istnieje prawdopodobieństwo, że w danym wypadku były wprowadzane w ilości niedostatecznej i inne składniki pożywienia, jak np. witaminy. Nie możemy również powiedzieć, że przyczyną k r z y w i c y (rachitis) jest jedynie i wyłącznie niedostateczne wprowadzanie do ustroju wapna. aczkolwiek bez wątpienia zaburzenia w przemianie wapniowej odgrywają tu rolę wybitną.

W krzywicy, jak wiadomo, mamy do czynienia z kośćmi ubogiemi w wapno, a raczej mówiąc dokładniej chrząstki dzieci krzywiczych nie są w stanie odkładać w sobie wapno i w ten sposób nie dochodzi do prawidłowego kostnienia, czyli osyfikacji. Z początku sądzono, że niedostateczne odżywianie, ubogie w wapno, jest jednakże główną przyczyną tej choroby, okazało się wszak później, że czynnik ten nie odgrywa roli. Bezwzględnie duże znaczenie, dla wyjaśnienia etjologji krzywicy, posiadają badania, dzięki którym wiemy, że żadne inne narządy chorych na krzywicę, prócz kości nie wykazują braku wapna. Podobne fakty skłaniają do twierdzenia, że właśnie p r z y c z y n ą k r z y w i c y j e s t n i e b r a k w a p n a w u s t r o j u, l e c z n i e d o s t a t e c z n e j e g o p r z y s w a j a n i e p r z e z c h r z ą s t k i. Należałoby się obecnie zastanowić nad tem, jakie czynniki przeciwdziałają prawidłowemu kostnieniu. Nad kwestją tą pracowało wielu autorów, a szczególnie *Freudenberg* i *György*, którzy przeprowadzili szereg badań „in vitro" i doszli do wniosku, że ciałami przeciwdziałającemi odkładaniu się wapnia w chrząstkach są przedewszystkiem tryptyczne i autolityczne produkty przemiany białkowej, jak kwasy aminowe, peptydy, imidazol, guanidina, kreatinina, mocznik i td. Związki te nie tylko mają, jak wspomniano, przeciwdziałać odkładaniu się wapnia, ale także powodować odszczepienie już przedtem związanego. Widzimy więc, że ciałami niesprzyjającemi odkładaniu się wapnia, są ciała kwaśne i do tej kategorji należy również zaliczyć dwutlenek węgla. Z badań zatem dotychczasowych wynika, że z wzrastającem zakwaszeniem, obniża się skłonność ciał białkowych do wiązania wapnia. Na tej zasadzie *Freudenberg* i *György* sądzą, że krzywica jest do pewnego stopnia cierpieniem antagonistycznem w stosunku do tężyczki, w krzy-

wicy bowiem mamy do czynienia z „acidozą" — w tężyczce z „alkalozą" ustroju.

Zastrzec się jednak wypada, że teorja zakwaszająca *Freudenberga* i *Györgego*, objaśniająca przyczynę powstawania krzywicy nie jest jeszcze całkowicie dowiedziona, gdyż istnieje możliwość, że zakwaszenie ustroju nie jest przyczyną krzywicy, lecz jej objawem ubocznym,

Dalsze badania *Freudenberga* i *Györgego* rzucają jeszcze więcej światła na etjologję krzywicy. Według tych autorów istnieją związki, które sprzyjają odkładaniu się wapnia, czyli wywierają wpływ dodatni na wiązania wapnia przez białko. Najważniejsza rola przypada w tym względzie fosforanom, a poczęści także i węglanom. Połączenie wapnia z białkiem i fosforanem jest, można powiedzieć, nieodzownym warunkiem, dzięki któremu odbywa się kostnienie prawidłowe. Widzimy więc, że przemiana fosforanowa odgrywa wybitną rolę w procesie osyfikacji, a przemawiają za tem również badania, wykazujące, że u dzieci krzywiczych ilość fosforanów we krwi jest zazwyczaj obniżona. Zrozumiałem jest także, że zmniejszona ilość fosforanów prowadzić może do zakwaszenia ustroju i pozostaje jedynie kwestja nierozstrzygnięta, czy pierwotną przyczyną krzywicy jest zakwaszenie, czy też zmniejszenie się ilości fosforanów. Nie będziemy tu poruszać innych przyczyn, jakie wchodzą w grę przy rozpatrywaniu etjologji krzywicy, jak „awitaminoza" i zaburzenia w czynnościach gruczołów dokrewnych, podkreślimy jedynie, że nieprawidłowa przemiana fosforowa oraz zakwaszenie ustroju ściśle łączyć się muszą z „awitaminozą" i innemi zaburzeniami. Pozostaje jedynie kwestja do rozwiązania, które z tych zaburzeń występują pierwotnie, a które wtórnie.

Przytoczone tu w krótkości teorje powstawania krzywicy interesują nas obecnie wyłącznie o tyle, o ile mogą nam wyświetlić zasady postępowania leczniczego w krzywicy, a głównie dotyczy to podawania wapnia. Sądzę, że przytoczone te fakty, oparte na najnowszych zdobyczach wiedzy wystarczą nam w zupełności, aby zrozumieć, że wapno nie może być uważane za lek swoisty w krzywicy. Jeżeli zaś wapno, jak nas doświadczenie dotychczakowe poucza, wywiera pewien wpływ korzystny na krzywicę, to jedynie dlatego, że ogromny nadmiar wapna sprzyjać musi do pewnego stopnia jego przyswajaniu. Jednakże musimy przyznać, że leczenie wapniem krzywicy nie daje wyników zadawalniających i odgrywa dziś w tym względzie rolę podrzędną. Leczenie krzywicy musi polegać przedewszystkiem na stwarzaniu warunków dla lepszego przyswajania wapnia, a wchodzi tu w grę podawanie fosforu, witamin (tranu), naświetlanie słońcem (lampą kwarcową), w końcu dopiero podawanie wapnia.

Rozmięknienie kości (osteomalacja) jest cierpieniem pokrewnem krzywicy, w etjologji odgrywa tu również wybitną rolę awitaminoza oraz zaburzenia w wydzielaniu wewnętrznym. Pożywienie zaś ubogie w wapno nie odgrywa także w tym cierpieniu roli pierwszorzędnej, a więc i podawanie wapna schodzi tu, jak w krzywicy, na plan ostatni.

Zwrócimy jeszcze naszą uwagę na mechanizm działania leczniczego wapnia. Otóż wiadomo, że na wymianę wapniową zadziałać możemy nie tylko wyłącznem podawaniem wapnia, ale także i w inny sposób, jak np. naświetlaniem a nawet okazało się, że w ten sposób otrzymujemy wyniki trwalsze. Badania *Freunda, Heubnera* i *Rony* wykazały, że przez wstrzykiwanie dożylne wapnia nie jesteśmy w stanie na czas dłuższy zwiększyć chociażby nieznacznie zawartości jego we krwi, albowiem stoi tu na straży mechanizm wyrównawczy, dbający o izotonję izojonję i t. p. Nawet w tkankach nie jesteśmy w stanie odnaleźć owego nadmiaru wapnia wprowadzonego dożylnie i przy podawaniu zwierzętom dawek wybitnie dużych (trujących), narządy ich nie zawierają więcej wapnia, niż narządy zwierząt kontrolnych. *Heubner* i *Rona* sądzą, że główna ilość wprowadzonego wapnia u zwierząt zdrowych zostaje odprowadzona do kości. Należy podkreślić, że odprowadzenie wapnia do kości może mieć miejsce tylko w ustroju, w którym przyswajanie wapnia przez kości nie jest zaburzone, jak to np. występuje w krzywicy.

Aczkolwiek więc wprowadzony wapń nie wywiera wyraźnych zmian ilościowych, ani we krwi, ani też w większości narządów, to nie wynika z tego jeszcze, że przez wprowadzenie do ustroju wapnia,

nie osiągamy wybitnych zmian w rozdziale wapnia. Mam tu na myśli zmiany, jakie mogą występować w stosunku wapnia dysocjonowanego do niedysocjonowanego, koloidowego, związanego z ciałami białkowatemi lub tłuszczowatemi i t. p. Podobne zmiany trudne są do wykazania, gdyż nie odbijają się zupełnie na ogólnej ilości wapnia. Istnieje także możliwość, że przez podawanie wapnia, wywołujemy w ustroju wybitne zmiany koloidowe, dotyczące rozproszenia cząsteczkowego białka i lipoidów (ciał tłuszczowatych) i dzięki tym zmianom osiągamy wynik leczniczy. Fakt taki występuje prawdopodobnie w tych przypadkach, w których wapń wywiera działanie szybkie, jak np. w pokrzywce (urticaria), niekiedy w napadzie astmy oskrzelowej i w innych stanach podobnych. Możemy powiedzieć, że wapń wywołuje tu gwałtowne i wybitne, aczkolwiek bliżej nam nie znane, zmiany, które jedynie można porównać z wstrząsem (shock). Na tej samej zasadzie polega najprawdopodobniej uczulające działanie wapnia, t j. wywołujące w pewnym narządzie takie zmiany, dzięki którym może wywrzeć wpływ lek. inny. Podobnie uczula wapń mięsień sercowy, potęgując działanie naparstnicy (digitalis).

Widzimy więc, że mechanizm działania wapnia jest wielce skomplikowany, że wprowadzanie do ustroju wapnia nie ma bynajmniej na celu zwiększenia jego ilości we krwi i tkankach, a zmierza do wywołania wybitnych, a niepoznanych jeszcze zmian w ustroju, które, klinicznie przejawiają się aż nazbyt wyraźnie, sprowadzając nieraz objawy, przypominające wstrząs (shock).

Na zakończenie wspomnieć jeszcze należy o sposobach podawania wapnia oraz o niektórych najbardziej znanych związkach wapniowych.

Wapno podawane bywa doustnie i dożylnie, jednakże na uwagę zasługuje wyłącznie podawanie dożylne, gdyż, ze względu na trudne wchłanianie się wapna nie można sobie wyobrazić aby małe, zazwyczaj podawane dawki, mogły posiadać jakieś działanie lecznicze.

Przy podawaniu doustnem należałoby stosować ogromne dawki, ale i wówczas wynik leczniczy nie byłby pewny. Wstrzykiwać wapno najlepiej co 2 — 3 dni; zresztą w każdym przypadku postępuje się indywidualnie i żadnych zgóry formułek wystawiać nie można.

Co do działania leczniczego poszczególnych związków wapniowych, to opierając się na badaniach *Starkensteina*, powiedzieć można, że tym silniej działa ów związek, im się lepiej rozpuszcza i łatwiej podlega desocjacji. Związkami takiemi są chlorek wapnia i azotan wapnia. Słabiej działają: fosforan i mleczan wapnia.

Przy podawaniu doustnem chlorku wapnia dochodzimy do 6 gr. dziennie, przy podawaniu dożylnem dawka waha się od 0,1 do 1,0 gr. Bardzo skutecznym preparatem przy podawaniu dożylnem okazał się aphenyl (połączenie wapnia z mocznikiem).

Leczenie wapniem jest dziś ogromnie rozpowszechnione. Nie ulega wątpliwości, że środek ten jest w wielu schorzeniach ogromnie skuteczny, jednakże z drugiej strony spostrzega się zbytnie szafowanie tym lekiem, aczkolwiek nieszkodliwym, to jednakże często podawanym zbytecznie.

Niniejszy artykuł ma na celu uwidocznienie w krótkości najważniejszych wskazań dla podawania wapna oraz uzasadnienie jego działania leczniczego na podstawie zdobyczy eksperymentalnych doby ostatniej.

Przyczynek do techniki znieczulania
(zabieg chirurgiczno-dentystyczny w hypnozie).

PODAŁ

DR. MED. ZDZISŁAW SZYMOŃSKI.

U pacjenta, lat 24, Dr. Hołod stwierdza daleko posuniętą próchnicę zęba trzonowego szczęki dolnej. Jest indykacja do usunięcia zęba. Ząb osadzony b. mocno.

Dnia 27.IV. 1928 roku przystępuję do zabiegu hypnotycznego o godz 9.20 wieczorem. Pacjent jest sangwinikiem o żywej wyobraźni, wrażliwym, sugestywnym, to też już przed zabiegiem hypnotycznym byliśmy pewni, że faza snu hypnotycznego będzie głęboką. Faza snu hypnotycznego dla zabiegu operacyjnego nie jest sprawą obojętną. Usypianie trwa od 9.20 do 9.25.

Usadawiam pacjenta wygodnie w fotelu i każę intensywnie wpatrywać się pacjentowi w moje oczy i po 1 — 2 minutach zaczynam silnie sugerować: „Pan jest senny... powieki stają się coraz cięższe... senność ogarnia Pana wszechwładnie... nie może Pan poruszyć, ani ręką, ani nogą... pan zasypia... Pan śpi!!!

Stwierdza się fazę somnambuliczną snu hypnotycznego. O godz. 9.30 operator lekarz-dentysta ogląda jeszcze raz jamę ustną, bierze kleszcze chwyta ząb trzonowy i usuwa go. Na twarzy pacjenta nie przebiega odcień odczucia chociażby najmniejszego bólu.

Operator zapytuje czy go co boli, pacjent odpowiada „nic mnie nie boli .

Daję nakaz by wypłukał jamę ustną kali hypermangan. Pacjent nakaz spełnia.

Lekarz-hypnotyzer daje sugestję, iż i po zbudzeniu pacjent nie będzie odczuwał nawet najmniejszego bólu, następnie budzi pacjenta. Pacjent po zbudzeniu nie wierzy, iżby istotnie wyrwano mu ząb (zwykle po głębokiej hypnozie jest amnesia completa, którą tylko przez umiejętne psychoanalityczne drążenia wgląb psychiki można rozbić); dopiero, gdy uczuł smak krwi w jamie ustnej i gdy zobaczył brak zęba w lusterku — uwierzył.

Jest bardzo zdziwiony i stwierdza, że gdy mu w 1926 roku wyrwano ząb to odczuwał ból tak potężny, jakby mu czaszka pękała, jest bowiem bardzo wrażliwy na ból.

Na zakończenie pragniemy zwrócić uwagę na to, by lekarz-hypnotyzer, chcąc osiągnąć u swego pacjenta sen hypnotyczny przystępował do zabiegu z jaknajwiększą pewnością siebie, bez wahań i wątpliwości;

Niejednokrotne (w 149 przypadkach) stosowanie zabiegów hypnotycznych w celach terapeutycznych przekonało nas, że to jest konieczne. O ile w zabiegach hypnoterapeutycznych czasami możemy nie dążyć do fazy somnambulicznej snu hypnotycznego o tyle, gdy celem naszym jest hypnoza dla zabiegu operacyjnego, niezbędną jest faza somnambuliczna, a to dlatego, że tylko w niej (i w fazie letargicznej) jest całkowita *analgesia* i *anestezja*, natomiast w *somnolentii* i *hypotaxii* może być conajwyżej *hypalgesia* i *hypestezia*.

W przyczynku naszym nie będziemy kruszyli kopji w obronie hypnozy jako środka psychoterapeutycznego wogóle, pominiemy także uwagi przeciwników hypnozy o rzekomych niebezpieczeństwach hypnotyzmu, nie będziemy także bronili hypnozy, jako środka dla osiągnięcia analgesii, pragniemy tylko zanotować jeden sposób znieczulania więcej, która to metoda może mogłaby w pewnych wypadkach uzyskać prawo obywatelstwa.

Zaletą jest uniknięcie wszelkich wad z narkozą ogólną lub miejscową związanych, których omówienie nie jest naszym celem. Zaletą również jest absolutna pewność (f. somnambul.) że znieczulenie jest całkowite.

S T R E S Z C Z E N I A

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

Podział rozedmy płuc. F. Besançon, A. Jacquelin i J. Célice. *Le journal médical français Nr. 4. 1928.*

Autorowie podnoszą, że zbyt często rozpoznaje się „rozedmę", „przewlekły nieżyt oskrzeli u chorego na rozedmę płuc", „dychawica oskrzelowa i rozedma płuc", podczas gdy bliższa analiza i obserwacja przypadku wydobywają najaw znacznie bardziej powikłane stosunki, wymagające nieraz odmiennego postępowania leczniczego od tego, które zastosowano z powodu zbyt pobieżnego i powierzchownego rozpoznania. Autorowie sądzą, że znacznie częściej mamy do czynienia z „zespołem rozedmowym", niż z prawdziwą rozedmą płuc.

Pierwszy *Laënnec* podał dokładny opis anatomiczny i kliniczny rozedmy płuc, którą wyodrębnił jako jednostkę chorobową. Późniejsze badania, zwłaszcza szkoły lyońskiej (*Tripier, Bard, Bériel. Dumarest*), wykazały istotną rzadkość występowania klasycznej rozedmy płuc, przeciwstawiając tę rzadkość częstości występowania objawowej rozedmy płuc. Istnieje bowiem cały szereg zmian zarówno w tkance płucnej, jak i poza nią (klatka piersiowa, przepona, stan mięśnia sercowego), które wywołać mogą objawy chorobowe podobne do tych, które wywołuje prawdziwa, zanikowa, samoistna rozedma płuc. Autorowie omawiają szczegółowo czynniki patogenetyczne i metody badania, służące do rozpoznania rozedmy płuc i ułatwiające podział tego schorzenia ze stanowiska klinicznego.

I. T y p o w a r o z e d m a p ł u c o g ó l n a (*Laennec*) posiada, jak wiadomo, następujące cechy: schorzenie powstaje we wczesnej młodości (duszność po wysiłkach, powtarzające się nieżyty oskrzeli), często wykazać można dziedziczność, charakterystyczny wygląd chorych (krótka szyja, beczkowata sztywna klatka piersiowa, mniej lub więcej silnie zaznaczona kyfoza), wypuk nad klatką piersiową bębenkowy, drżenie głosowo osłabione, słabo słyszalne szmery oddechowe, często objawy nieżytu oskrzeli. Rentgenologicznie wzmożona przejrzystość tkanki płucnej, brak ruchomości przepony. Badania spirometryczne wykazują zmniejszenie znaczne pojemności życiowej i powietrza oddechowego. Anatomo-patologicznie stwierdza się: płuco prawie pozbawione elastyczności (nie kurczy się), blade (zawiera mało krwi). Zanik tkanki podścieliskowej płuc dotyka nietylko ścian pęcherzyków płucnych, ale też i przewodów pęcherzykowych oraz dalszych części (infundibulum, acini aż do bronchioli sublobulares); naczynia krwionośne są mniej przepuszczalne. Autorowie skłaniają się do przyjęcia ogólnej dystrofji na tle skazy, jako przyczyny tego zaniku tkanki podścieliskowej, co dotyka też i inne narządy ustroju (*Klippel*) cierpiącego na rozedmę płuc (opuszczenia jelit, żylaki i t. d.).

Obok ogólnej rozedmy płuc spotkać też można częściowe rozedmy płuc w przebiegu gruźlicy, kiły płuc, po zatruciu gazami wojennymi i. t. p. Autorowie podkreślają, że te częściowe rozedmy mają te same cechy, co rozedma ogólna, zdarza się to jednak rzadko; znacznie częściej chodzi w tych przypadkach o przerost tkanki płucnej (hypertrophia), a nie o jej zanik, a zatem mamy tu do czynienia z rozedmą płuc rzekomą.

II. We wielu przypadkach zmiany w klatce piersiowej i w przeponie pozwalają na wyjaśnienie przyczyn zespołu chorobowego, jak to słusznie podkreślał już *Freund* odnośnie do zmian w chrząstkach żebrowych, który to moment był jednak swego czasu zbyt przeceniony i uogólniany.

a) Zwapnienie chrząstek żebrowych, wysunięte przez *Freunda* jako przyczyna rozedmy płuc zanikowej gra niewątpliwie rolę pogarszającą stan ogólny i upośledzającą oddychanie, nie jest ono jednak przyczyną omawianego schorzenia, jak to podkreślają autorowie na podstawie licznych prac wielu badaczów. (*Donay, Amenille, Chasao Sumila, Roubachow*) oraz własnych doświadczeń. Zwiększenie pojemności klatki piersiowej i sztywna, znacznie wysklepiona klatka piersiowa nie upoważnia do przyjęcia rozpoznania rozedmy płuc.

b) Unieruchomienie stawów żebrowo - kręgosłupowych opisane przez *Salisa* posiada również znaczenie tylko jako czynnik pogarszający oddychanie. W tych przypadkach klatka piersiowa ustawiona jest między oddechem i wydechem, porusza się bardzo mało, lub prawie się nie porusza przy oddychaniu a stanowi temu towarzyszy zanik mięśni międzyżebrowych. Stan ten spotykamy u osobników przed 50 laty, często u tych, którzy dawniej cieszyli się dobrą tuszą. Dobry stan przepony i jej dostateczna ruchomość pozwala tym chorym na znośną wymianę gazową o ile inne czynniki chorobowe tkanki płucnej nie pogorszą ogólnego stanu.

c) Największą wagę w powstaniu zespołu rozedmowego przypisują autorowie upośledzonej czynności przepony. Upośledzenie tej czynności przy równoczesnem istnieniu sztywności klatki piersiowej (patrz wyżej) jest nieraz przyczyną fałszywego rozpoznania rozedmy płuc, wobec znacznych nieraz dolegliwości podmiotowych (duszności i t. d.). Oczywiście czynnik przeponowy gra rolę też w rozedmie płuc typu *Laennec'a*, a więc w rozedmie prawdziwej. Upośledzenie czynności przepony ustawionej nisko spotykamy szczególnie często u osobników z opuszczeniem jelit; u tych chorych występuje nieraz duszność w postaci stojącej, która znika w pozycji siedzącej lub po ściągnięciu brzucha zepomocą pasa. W innych przypadkach przepona jest uniesiona ku górze przez zaburzenia przewodu pokarmowego o przebiegu przewlekłym lub pod wpływem aerofagji ze współczesnem upośledzeniem lub zniesieniem ruchomości przepony. Unieruchomienie przepony może być wywołane też przez zrosty opłucnej, lub też przez zmiany chorobowe płuc u ich podstawy.

III. Ważnym niewątpliwie czynnikiem w powstawaniu rozedmy lub pogarszaniu jej stanu jest skurcz mięśniówki oskrzelików i nieżyty oskrzeli. Bronchospasmus istnieje nietylko w czasie ostrego napadu dychawicy oskrzelowej, lecz i poza nim.

IV. Wreszcie autorowie wspominają o ograniczonej rozedmie płuc i o wyrównawczym przeroście płuc. Pierwsza jest objawem chorobowym, drugi jest wyrazem zdolności i skłonności ustroju do wyrównania szkód. Oba te stany różnią się tem, że przy ograniczonej rozedmie płuc ruchomość przepony i ostatnich żeber jest zniesiona.

Celem ustalenia rozpoznania należy zwrócić uwagę w wywiadach na początek schorzenia (wcześnie występuje rozedma płuc typu zanikowego). Przy badaniu fizykalnem należy uwzględnić czynnik konstytucyjny, jak otyłość, gdyż otyli mogą przedstawiać pozornie typ rozedmy, gdy w rzeczywistości objętość ich klatki piersiowej jest zmniejszona. Podobnem źródłem błędu może być atletyczna budowa klatki piersiowej, aczkolwiek pamiętać należy, że u sportowców może z czasem powstać prawdziwa rozedma płuc. Odpowiednie pomiary klatki piersiowej, jamy brzusznej, prześwietlanie promieniami Rentgena, a przedewszystkiem oznaczenie pojemności życiowej (capacité vitale) oraz wielkości powietrza oddechowego (głębokość wdechu i wydechu) pozwalają na dokładne uzupełnienie badania fizykalnego i ustalenie rozpoznania. W końcu autorowie podkreślają następujące postacie rzekomej rozedmy płuc: 1) Rozedma rzekoma osobników otyłych. 2) Rzek. roz. płuc u osobników z opuszczeniem jelit, lub aerofagją. 3) Rzek. roz. płuc sportowców. 4) Rzek. roz. płuc u osobników z usztywnioną i rozszerzoną klatką piersiową, przyczem uwzględnić należy i wyłączyć nerwową rozedmę płuc u osobników z stwardnieniem płuc.

Leczenie rozedmy płuc. F. Besançon i O. Jacquelin. *Le journal méd. français Nr.*[4]*4. 1928.*

Celem przeprowadzenia odpowiedniego leczenia rozedmy płuc uwzględnić należy czynniki etjologiczne, a mianowicie, czy chory na rozedmę nie cierpi zarazem na 1) gruźlicę płuc, 2) dychawicę oskrzelową, 3) czy nie wykazuje zmian stwardnieniowych po przebytem zatruciu gazami bojowymi, odoskrzelowem zapaleniu płuc lub z powodu kiły płuc, 4) czy nie cierpi na nieżyty gardzieli — tchawicy, 5) czy nie wykazuje zmian dystroficznych, konstytucyjnych, lub na tle skazy w zakresie tkanki łącznej i elastycznej, będącej prawdopodobnie przyczyną powstawania rozedmy płuc typu zanikowego, 6) czy nie wykazuje schorzeń serca. Nadto uwzględnić należy w odpowiedniej mierze czynniki patogenetyczne natury mechanicznej, jak np. zmiany w kośccu klatki piersiowej. Celem postępowania leczniczego jest usunięcie przyczyny szkodliwej lub usunięcie przyczyn pogarszających stan chorego, przepisanie odpowiedniego trybu życia, względnie wzmożenie zdolności wyrównawczych ustroju tak, by wymiana gazowa nie ucierpiała.

I. Leczenie zapomocą środków farmakologicznych ma na celu łagodzenie objawów chorobowych, względnie zmianę podłoża, na którem rozwija się schorzenie. Napady duszności na tle dychawicy oskrzelowej zwalczać należy zapomocą belladonny, datury, atropiny, a przedewszystkiem adrenaliny. Kaszel należy uspokajać o ile jest męczący i suchy, zapomocą bromoformu lub małych dawek kodeiny, nigdy nie należy stosować morfiny. Kaszlu wilgotnego nie uspakajamy, lecz przeciwnie staramy się wzmóc odpluwanie i wydzielanie plwociny. W tym celu autorowie polecają za *G. Sée'm* podawanie jodu. (Kalii. jodati 5,o Aq. dest. 300,0 M. D. S. 2 łyżki od zupy dziennie przez 4 — 5 dni). Dobre usługi oddaje też następujący przepis: Natrii benzoici 4,0 + Trae Lobeliae 2,0 + Sir, polygalae, sir Desessartr'i a.a. 40,0+aq. dest ad 125,0 M.D.S. Zażyć w ciągu 24 godzin łyżeczkami do kawy. Autorowie nie są zwolennikami podawania ipecacuanhy i tartarus stibiatus w dużych, wymiotnych dawkach, jak to czyni *A. Robin.* Gdy do rozedmy przyłączy się osłabienie mięśnia sercowego, stosujemy upust krwi oraz środki nasercowe. Niektórzy polecają w przypadkach, w których przypuszczamy zwiotczenie mięśniówki oskrzeli, środki takie jak: strychnina lub ergotyna. Autorowie nie przypisują tym środkom większego znaczenia, natomiast zalecają też leczenie od wieków stosowane a więc jod na przemianę z arsenem. Np. 10 dni arsen, potem 10 dni jod. Leczenie takie nie może być oczywiście przepisywane we wszystkich przypadkach np. u gruźliczych może ono wywołać niepożądane krwotoki lub rozwój gruźlicy.

II. Leczenie higjeniczno-djetyczne. Chorzy na rozedmę unikać powinni wszelkich zbytnich wysiłków. Co do przeziębień, tak bardzo szkodliwych dla tych chorych, należy zaznaczyć, że leczenie ich zapomocą hydroterapji musi być bardzo ostrożnie stosowane. Najbardziej zalecania godnym jest klimat łagodny o miernej lecz stałej wilgotności, bez okresów zbytniej suchości, na wysokości 500—1000 m. nad poziomem morza. Osobnikom szczupłym cierpiącym na rozedmę płuc powikłaną gruźlicą przepisać należy odżywianie obfite; osobnikom tęgim, ze „skazą rozedmową" należy uszczuplić odżywianie i przepisać często laxantia. Co więcej, jak to autorowie wykazali z *S. J. de Joug'iem,* zdarza się, że nieżyt oskrzeli u chorych na rozedmę ma swą przyczynę w intoksykacji ustroju, z powodu zaburzeń w wydzielaniu nerek. W tych przypadkach nieodzownem jest przepisywanie djety mleczno-jarzynowej, ograniczenie spożywania soli, przemywanie jelit i t. d.

III. Leczenie mechaniczne rozedmy płuc stosować należy, według autorów, w tych tylko przypadkach, w których wykluczyć można równoczesną sprawę gruźliczą, nie nadają się też do powyższego sposobu leczenia chorzy z osłabieniem mięśnia sercowego. Istnieją różne sposoby leczenia należące do tej grupy: 1) Kąpiel w powietrzu ścieśnionem. Chorego wprowadza się do uszczelnionej kabiny, do której wpuszcza się podparciem powietrze oczyszczone przez odpowiedni sączek. Parcie w kabinie zwolna podnosi się przez pół godziny do 30 cm ponad ciśnienie barometryczne, chorego pozostawia się przez godzinę w kabinie, poczem zwolna (w przeciągu $1/_2$ godziny) obniża się parcie aż do wyrównania z ciśnieniem barometrycznem. 2) pneumoterapja; polega na wdychaniu powietrza o wyższem parciu i wydychaniu do przestrzeni o parciu obniżonem, przyczem różnica ciśnienia nie powinna przenosić 3 cm. Metody te stosuje się przy pomocy odpowiednich przyrządów. 3) gimnastyka oddechowa polega na równem i rytmicznem oddychaniu, przyczem szczególny nacisk należy kłaść na dokładny wydech. Dla ułatwienia powyższych czynności używać można przyrządów ugniatających klatkę piersiową w czasie wydechu. *Lagrange* poleca gimna-

stykę szwedzką, a w szczególności rytmiczny obrót tułowia wzdłuż osi podłużnej na lewo i na prawo. *Rosenthal* zaleca wykonywanie obrotu w czasie wdechu, a powrót do pozycji zasadniczej w czasie wydechu. 4) Zabieg operacyjny opiera się na spostrzeżeniach wyżej wspomnianych *Freunda*. W tym celu przecina się chrząstki II i III żebra po jednej stronie, a po pewnym czasie chrząstki II, III iIV żebra po stronie przeciwnej.

Podkreślić należy, że nawet po wykluczeniu przypadków, z góry nie nadających się do stosowania żadnego z powyższych sposobów mechanicznego leczenia, nie podobna nigdy przewidzieć, czy obrane leczenie odda pożądane usługi.

IV. Leczenie hydro-mineralne. Autorowie polecają bardzo powyższy sposób leczenia w szczególności zaś miejscowości; Mont-Dore, Saint-Honoré-les, bains, Allevard, Canterets, Bagnères-de-Luchon. Mont-Dore, położone na wysokości 1.050 m. posiada słabe wody (termy) zawierające radium, dwuwęglany, ślady arsenu i stosunkowo dość wiele krzemu (0.18 pro mille). Stosuje się wziewania, picie wód i ciepłe (39—42° C) półkąpiele. Saint-Honorè (300 m.) jest cieplicą zawierającą lit, arsen i siarkę pod postacią siarkowodoru, azot, bezwodnik kw. węglowego, sole ziem rzadkich; wskazanie głównie dla chorych na rozedmę płuc z obfitą plwociną i osłabieniem mięśnia sercowego (siarką „osusza" oskrzela) w późniejszym wieku. Pozostałe miejscowości położone w Pyrenejach posiadają wody zawierające również siarkę, przeważnie jednak źródła są zimne (z wyjątkiem Luchon).

Wskazania do leczenia hydromineralnego kamicy moczanowej za pomocą dwuwęglanu sodu. M. Villaret. *Paris médical, Nr. 16, 1928.*

Autor podkreśla, że leczenie zapomocą picia wód mineralnych nie opiera się tylko na tradycyjnem doświadczeniu, ale na ściśle naukowych danych. W szczególności leczenie kamicy nerkowej i pęcherzowej zapomocą wód mineralnych ma na celu przygotowanie chorego do zabiegu operacyjnego, leczenie po zabiegu, a przedewszystkiem leczenie we wczesnych okresach choroby. Autor podkreśla, że leczenie hydromineralne ma na celu głównie zmiany „podłoża" choroby i dlatego przed zaleceniem odpowiedniej kuracji należy dokładnie zbadać rodzaj zaburzenia ustroju. Należy odróżnić, czy tworzenie się piasku, względnie kamieni, powstaje wskutek strącania się fosforanów, czy też szczawianów, względnie moczanów. W pierwszym przypadku picie wód alkalicznych jest szkodliwe, w drugim, a zwłaszcza w trzecim—wskazane. Zaburzenia w przemianie materji u chorych na kamicę są głębsze, niż się to zazwyczaj przyjmuje.

Rolę tu grają: wątroba, przewód pokarmowy, krew i nerki. Sprawdzianem i wskaźnikiem w stosowaniu leczenia hydromineralnego jest oznaczanie oddziaływania moczu (pH). Badanie w tym kierunku przeprowadzone wykazały, że np. woda z Vichy (źródło Hopital) podana na czczo w ilości 400 cm. zmienia bardziej pH moczu, niż ilość dwuwęglanu sodu odpowiadająca ilości tej soli w powyższej wodzie. Działanie wód mineralnych (w tym wypadku alkalicznych) jest powikłane i zarówno dawkowanie, jak i sposób picia wód należy ściśle określić przed stosowaniem wód, a podczas ich picia należy często kontrolować stan chorego. Należy pomyśleć, że wiele wód alkalicznych zawiera inne sole, w różnej ilości obok dwuwęglanu sodu i że picie stężonych wód może być szkodliwe np. dla osobników ze znacznie wzmożonem parciem krwi. W niektórych przypadkach stosować należy obok wód zawierających przeważnie dwuwęglan sodu, jak np. Wody Vichy, także wody zawierające siarczany, względnie węglany wapnia (jak np. Vittel, Contrexeville, Evian). Przeciwwskazaniem do stosowania wód silnie alkalicznych i dość stężonych (jak wyżej wspomniane łącznie z Vichy), są obok wzmożonego parcia krwi (*hypertensio*), także skłonność do krwiomoczu, a wreszcie skłonność do powstawania obrzęków. Czynnikami wspomagającemi leczenie hydromineralne są różne zabiegi jak ostrożna mechanoterapja, diatermja, znaczną rolą przyznać należy odpowiedniej djetetyce, uregulowaniu ruchu i fizycznej pracy chorych i t. p.

Z. Gorecki.

CHIRURGJA.

Złamania panewki kości biodrowej. Lenormant. *La presse Méd., nr. 50, czerwiec 1928.*

Jeszcze doniedawna złamania tego rodzaju uważano za bardzo rzadkie, gdyż rozpoznawane były wyłącznie złamania rozległe ze znacznem obrażeniem kości miednicy i wgnieceniem główki kości biodrowej do środka miednicy małej. A w rzeczywistości — w całym szeregu przypadków pozornie banalnego i małoznaczącego stłuczenia okolicy stawu biodrowego badanie rentgenologiczne wykazuje tego czy innego typu złamanie panewki; szczegół ten wpływa ze swej strony ogromnie obciążająco na rokowanie, gdyż w przypadkach złamania bardzo często powstaje mniej lub więcej daleko posunięte zesztywnienie stawu. Mamy tu do czynienia z dwoma typami złamania.

I. Złamanie dna panewki — odłamy zostają zwykle nieznacznie tylko przesunięte do wewnątrz, główka pozostaje na miejscu, lub przemieszcza się w niewielkim stopniu w kierunku przemieszczenia odłamów dna panewki; w rzadkich przypadkach główka zostaje wgnieciona całkowicie do środka miednicy, z następowem rozległem obrażeniem narządów wewnętrznych (odbytnica, sploty nerwowe). Przyczyną bywa silny uraz krętarza w kierunku szyi kości biodrowej, płeć — prawie zawsze męska, wiek — średni (w późnym wieku powstaje raczej złamanie szyi), Do jedynie pewnych objawów klinicznych — poza wynikiem badania rentgenologicznego — należy bolesność uciskowa okolicy dna panewki od strony kiszki stolcowej.

II. Odłamanie górno - zewnętrznej części brzegu panewki — niewielkie, bez przemieszczenia lub z bardzo nieznacznem przemieszczeniem główki kości biodrowej, lub też rozległe ze zwichnięciem główki ku górze do okolicy pośladka. W dyskretnych złamaniach rozstrzyga tylko zdjęcie rentgenologiczne.

Leczenie, jak zwykle, polega na nastawieniu zwichnięcia, o ile takowe ma miejsce, i na unieruchomieniu — najczęściej wystarcza wyciąg na wyprostowaną kończynę w lekkiem odwiedzeniu.

Znaczenie rozpoznawcze bólów czaszkowych z odbicia (par contre-coup). Rasdolsky. *La Presse Méd., nr. 52, czerwiec 1928.*

Objaw ten wywołuje się, uderzając o powierzchnię czaszki chorego łokciowym brzegiem dłoni, złożonej w pięść, lub dłoniową powierzchnię napięstka; wówczas, o ile się natrafi na miejsce symetrycznie przeciwległe do ogniska chorobowego, w ognisku tem powstaje ból, ewentualnie nasilenie bólu pierwotnego. Mechanizm powstawania tego objawu jest jasny — nawet drobny wstrząs pokrywy czaszkowej powoduje nieznaczne przemieszczenie mózgowia, które w warunkach prawidłowych nie sprawia żadnej sensacji, ale w przypadkach ograniczonego podrażnienia opon daje ból w tem miejscu, uwarunkowany przez miejscową przeczulicę nerwową (ropień, nowotwór, zrosty pourazowe i torbiele).

Objaw ten z jednej strony przemawia za powierzchownem umiejscowieniem ogniska chorobowego (między oponami lub w korze mózgowej) z drugiej zaś — pozwala na dokładną tegoż ogniska lokalizację, a w sumie pozwala na wyciąganie o wiele pewniejszych wniosków od objawu bólowego przy bezpośredniem opukiwaniu miejsca schorzenia, gdyż w tym ostatnim przypadku ból może być uzależniony od przeczulicy skóry lub okostnej.

Rozpoznawanie gruźlicy nerek. Fronstein. *Journ. d'Urologie. t. XXV, Nr. 5 maj 1928.*

Autor wypowiada swoje uwagi na temat pewnych objawów rozpoznawczych. Więc przedewszystkiem co do wykrywania obecności prątków Kocha w moczu — ani wynik dodatni badania, ani ujemny nie rozstrzygają bynajmniej o rozpoznaniu, gdyż w pewnych (coprawda rzadkich) przypadkach znajdowano prątki w przypadkach wolnych od zmian gruźliczych i odwrotnie. Znacznie pewniejsze wyniki daje badanie odczynu z antygenem moczu (odchylenie dopełniacza). Autor jest zdecydowanym przeciwnikiem próby biologicznej wprowadzania osadu moczu do otrzewnej świnek morskich, gdyż ta jest bardzo niepewna (wynik ujemny przy prątkach typu ludzkiego, na które świnki są naogół odporne), a z drugiej strony opóźnia rozpoznanie choroby conajmniej o 6 tygodni.

Tak zwane objawy pęcherzowe nie pozostają w żadnym stosunku do rozległości zmian w nerkach, a szybkie nieraz ich ustąpienie po operacji wskazuje na raczej odruchowy mechanizm powstawania tych objawów.

Do najbardziej stałych objawów gruźlicy nerki należy jej upośledzenie czynnościowe wskutek działania jadów swoistych na nabłonki konalików. Ale rozpoznanie schorzenia opierać można wyłącznie na zespole objawów, naprz.: 1) ropomocz jałowy lub z prątkami Kocha, 2) białkomocz istotny (niezależny od obecności ropy) bez wałeczków, 3) objawy pęcherzowe.

Drogi wydalania w ustroju fenolsulfoftaleiny. Buzen. *Journ. d'Urologie, t. XXV, Nr. 5, maj 1928.*

Autor zbadał na drodze doświadczalnej, jakiemi drogami opuszcza ustrój ludzki fenolsulfoftaleina, wstrzyknięta dożylnie, jako środek najczęściej stosowany przy badaniu czynnościowem nerek.

Otóż barwnik ten prawie całkowicie zostaje wydalony przez nerki (63—75%) w ciągu pierwszej godziny; 8—10% w ciągu drugiej, wreszcie ślady barwnika w ciągu następnych 3—4 godzin). Wątroba wydala go w bardzo niewielkich ilościach (ślady barwnika w soku dwunastniczym w ciągu 2 godzin po wstrzyknięciu) — w przeciwieństwie do tetrajodfenolftaleiny, wydalanej głównie z żółcią. W soku żołądkowym, ani w ślinie nie stwierdzono nawet śladów fenolsulfoftaleiny.

Tyle co do osobników zdrowych. W przypadkach patologicznych jednak może zachodzić ewentualność zatrzymania w ustroju tego barwnika także na skutek i niedomogi wątrobowej, co zmniejsza nieco wartość tej próby czynnościowej nerek w razie jej wyniku ujemnego. W każdym razie w chirurgji próba ta ma duże znaczenie, gdyż nawet w razie wyniku ujemnego pozwala na stwierdzenie zaburzeń czynnościowych w zakresie nerek lub wątroby, co w jednym i drugim przypadku rokowanie pooperacyjne znacznie pogarsza.

Utrzymywanie się objawów zapalenia pęcherza moczowego przez czas dłuższy po wycięciu zmienionej gruźliczo nerki. Baron. *Journ. d'Urologie. 5, XXV, nr. 5, maj 1928.*

Objawy pęcherzowe bynajmniej nie zawsze ustępują wkrótce po wyjęciu nerki z powodu jej gruźlicy. Przyczyna tego bywa różna. W jednych przypadkach stwierdzamy gruźlicę drugiej nerki lub gruźlicę narządów płciowych — mocz zawiera wówczas prątki Kocha. W innych — mamy do czynienia z nieswoistem, tem nie mniej bardzo uporczywem wtórnem zakażeniem pęcherza prątkiem okrężnicy, łańcuszkowcem, gronkowcem lub enterokokiem.

W tych ostatnich przypadkach z reguły otrzymuje się doskonałe i nieraz nieoczekiwanie szybkie wyniki po przepłókiwaniach pęcherza roztworem azotanu srebra. W przypadkach, gdy mocz zawierał prątki Kocha, dobre wyniki otrzymywano, stosując miejscowo błękit metylenowy według Blanc'a.

Przedziurawienie żołądka do wolnej jamy otrzewnowej w przypadku raka. Chavanaz i Radoiewitch. *Revue de Chir., nr. 2, 1928.*

Jest to naogół rzadkie powikłanie w przebiegu raka żołądka, tem nie mniej pamiętać o niem należy. Autorowie zebrali z literatury 47 tego rodzaju przypadków. Zwraca tu przedewszystkiem uwagę, że tylko w 2 przypadkach zrobiono właściwe rozpoznanie przed przystąpieniem do operacji, w pozostałych rozpoznawano między innemi zapalenie pęcherza żółciowego, przedziurawienie wrzodu żołądka, a nawet raz rozpoznano poprostu niedomogę serca, nie stwierdziwszy wyraźnych zmian ze strony jamy brzusznej.

Miejsce przedziurawienia prawie zawsze znajduje się na przedniej ścianie żołądka, w części przyodźwiernikowej, a otwór — w środku guza. Nawet w czasie operacji trudno bywa rozstrzygnąć, czy mamy do czynienia z rakiem, czy z wrzodem (chyba, że są wyraźne przerzuty).

Klinicznie występuje mniej lub więcej nasilony obraz zapalenia otrzewnej wskutek przedziurawienai

żołądka; jednak często objawy kliniczne bywają nietypowe, niewyraźne, co z kolei ogromnie utrudnia rozpoznanie.

Leczenie — operacyjne, i to jak najszybsze (z łatwo zrozumiałych względów). Operacją z wyboru będzie wycięcie częściowe żołądka, o ile naturalnie pozwolą na to siły chorego i warunki miejscowe (zrosty guza); zwykle jednak chirurg zmuszony jest ograniczyć się do obszycia miejsca przedziurawionego z dodaniem ewentualnie zespolenia żołądkowo-jelitowego.

O wynikach leczenia trudno jest mówić wobec różnorodności materjału i warunków, w jakich chorzy byli operowani.

M. Czyżewski.

POŁOŻNICTWO I CHOROBY KOBIECE.

Przyczynek do badań nad odczynem Bordet-Wasserman'a u kobiet ciężarnych (rok 1926). Laffont A. Mèle A. *Gynecologie et Obstetrique T. XVII, Nr. 4.*

Autorowie używali jako antigenu wyciągu alkoholowego ze sproszkowanej wątroby płodu kiłowego zmacerowanego. Dla reakcji *Bordet - Wassermann'a* stosowano technikę *Calmetta* i *Massol'a*, dla odczynu *Hecbl'a* — technikę *Levaditi'ego.*

Ilość wszystkich przypadków wyniosła 477. Z tego kobiet w ciąży zbadano 131, rodzących 204, krwi pępowinowych 142. W wyniku autorowie dochodzą do następujących wniosków:

1) wartość odczynu *Bordet - Wassermann'a* jest mniejsza u kobiet, które rodziły płody martwe lub zmacerowane (35% zamiast 56%), zjawisko to ma być skutkiem t. zw. anergji kiłowej (słabszej zdolności odczynowej organizmu).

Natomiast odczyn B.-W. jest często dodatni we krwi pępowinowej następnych dzieci tych kobiet, jakkolwiek krew matki reaguje wówczas ujemnie.

2. Odczyn serologiczny jest częściej dodatni we krwi matek, niż we krwi pępowinowej. Stan odwrotny spotyka się u kobiet, które parokrotnie urodziły płody martwe lub zmacerowane.

3. Pewna liczba poronień samoistnych nie zależy od kiły.

4. Po za wspomnianemi stanami wyjątkowemi naogół odczyn *Bordet-Wassermann'a* ma u kobiet w ciąży tę samą wartość co poza ciążą. Wykrywa on około 10% kiły u kobiet nie wykazujących objawów tego schorzenia.

5. Wynik odczynu *Hecbl'a* jest niepewny, o ile nie opiera się na wyniku B.-W. lub na danych klinicznych.

Odczyn Bordet-Wassermanna we krwi pępowinowej. Trillat P. i Rousset J. *Gynecologie et Obstetrique T. XVII. Nr. 4.*

Autor wbrew zdaniu niektórych autorów (*Williams, Fildes)* uważa odczyn Bordet-Wassermanna we krwi pępowinowej noworodków za metodę prostą, łatwą i wielkiej wartości w sprawie rozpoznawania kiły dziedzicznej. Naogół stwierdza się identyczność krwi matki i krwi z pępowiny.

Co do swoistości odczynu sprawdzonej zapomocą porównania z danemi klinicznemi, to stwierdza się, że ogromna większość wyników ujemnych odczynu odpowiadała zdrowej matce i zdrowemu dziecku. Natomiast w przypadkach z reakcją B.-W. dodatnią stwierdzić się dało liczne i ciężkie objawy kiły. Tak, że powiedzieć wypada, że odczyn dodatni Bordet-Wassermanna we krwi pępowinowej jest ważkim dowodem potwierdzającym przypuszczenie istnienia kiły dziedzicznej, co w wyniku spowodować winno energiczne leczenie noworodka.

Autor opiera swe wnioski na 935 badaniach, które ujmuje w następującą tablicę;

Wyników ujemnych	886	Wyników dodatnich	49
Przypadków podejrzanych, co do istnienia kiły	47%	Przypadków podejrzanych co do istnienia kiły	94%
Poronień w wywiadach	13%	Poronień w wywiadach	18%
Wielkie łożysko w	33%	Wielkie łożysko w	87,7%
z tego stosunek 1/5—	29%	Stosunek 1/5—	55%
„ 1/4—	4,6%	„ 1/4—	28%
„ 1/3—	0	„ 1/3—	4%
Płodów zmacerowanych	0,11%	Płodów zmacerowanych	4%
Powiększona śledziona w	1,7%	Powiększona śledziona	24%

Badania nad serologją porównawczą krwi pozałożyskowej i krwi pępowinowej. Chappaz G. *Gynecologie et Obstetrique T. XVII. Nr. 4.*

Autor wykonywa od 2 lat w Maternité w Reims odczyny *Wassermanna, Hecbl'a* i *Vernes'a* we krwi pępowinowej i pozałożyskowej, pobranej podczas porodu.

W wyniku okazuje się, że

1. odczyn *Hecbl'a* wypada we krwi pępowinowej zawsze ujemnie,

2. wyniki reakcji *Wassermanna* i *Vernes'a* wypadają rozbieżnie w omawianych dwu rodzajach krwi (na 150 dowolnie wybranych przypadków — w 58);

3. przyczem w olbrzymiej większości przypadków (53 na 58) krew pozałożyskowa reaguje dodatnio, tam gdzie pępowinowa — ujemnie.

Natomiast porównanie odczynów wspomnianych we krwi pozałożyskowej i żylnej dało wyniki identyczne. Na zasadzie powyższego autor radzi opierać się tylko na wyniku badania krwi pozałożyskowej lub żylnej — nigdy pępowinowej.

Nowe spostrzeżenia pęknięcia i przebicia ropniaka jajowodu do wolnej jamy otrzewnej. Lapeyre J. L. *Gynecologie et Obstetrique T. XVII. Nr. 4.*

Autor przytacza obserwowane przez się dwa przypadki: jeden pęknięcia, na skutek urazu, drugi przebicia samoistego ropniaka jajowodu do wolnej jamy otrzewnowej. Różnica pomiędzy temi dwoma stanami jest znaczna i polega przedewszystkiem na tem, że pęknięcie jest dziełem przypadku, a przebicie — skutkiem działalności czynnych drobnoustroji; w pierwszym więc przypadku sprawa może już być nieczynna, w przypadku drugim czynną być musi.

W sprawie rozpoznania omawianych stanów zwraca autor uwagę na bolesność zatoki Douglasa stwierdzanej badaniem, przy zachowanej ruchomości macicy, nieco bolesnej.

Leczenie winno być operacyjne, jaknajwcześniejsze; po zabiegu możliwie szybkim należy drenować brzuch najlepiej za pomocą worka Mikulicza.

Ciąża trojacza, rozpoznana zapomocą badania rentgenologicznego. Marcus A. *Gynecologie et Obstetrique T. XVII. Nr. 4.*

Powziąwszy podejrzenie co do ciąży mnogiej przy badaniu położniczem, autor polecił wykonać zdjęcie rentgenowskie, które wykazało obecność 3 płodów, dwu prawidłowych i jednego mniejszego, ułożonego nieprawidłowo — co dało powód do przypuszczenia, iż ten ostatni płód jest martwy. Poród potwierdził całkowicie rozpoznanie.

Autor przytacza ponadto 4 znane z piśmiennictwa przypadki ciąży trojaczej, r zpoznanej rentgenologicznie przed porodem. Rozpoznanie to nie jest bynajmniej pewne, ani łatwe, gdyż części płodu projektują się niekiedy jedna na drugą.

Uwagi w sprawie leczenia gruźlicy przydatków, macicy i otrzewnej. Keller T. *Gynecologie et Obstertrique T. XVII. Nr. 4.*

Obserwowano na klinice krakowskiej 69 przypadków gruźlicy przydatków z czego w 37 istniało jednocześnie gruźlicze zapalenie otrzewnej; ponadto obserwowano 47 przypadków grnźlicy otrzewnej bez zajęcia narządów płciowych.

W grupie I operowano 51 przyp., z 18 pozostałych leczono promieniami Röntgena 10 przypadków.

Pierwotna śmiertelność pooperacyjna wyniosła 2 %. Wyleczenie trwałe uzyskano w 47,3 % przypadków.

W grupie II operowano 37 razy, z pozostałych 10 leczono promieniami Röntgena 4 przypadki. Wyleczenie trwałe po operacji w tej grupie uzyskano w 42,4 % przypadków.

Co się tyczy wyników leczenia promieniami, to uzyskano dobry wynik w 9 na 10 przypadków gruźlicy przydatków, leczonych tą metodą. 4 przypadki z grupy II-ej (gruźlicy otrzewnej) również należy uważać za wyleczone.

W leczeniu promieniami Röntgena omawianych przypadków posługiwano się dawkami małemi ($^1/_{10}$—$^1/_4$ dawki rumieniowej) w przerwach 2—4 tygodniowych—serja składa się z 6 naświetlań, stosowanych codziennie; pole 10×15 cm.: 4 pola od przodu, 2 — od tyłu; filtr aluminjowy 3 mm; odległość ogniskowa 30 cm; lampa Coolidg'a, aparat Siemens'a do głębokiej terapji.

Działanie lecznicze energji promiennej polega, jak sądzi autor, na pobudzeniu sił obronnych organizmu w bezpośrednim sąsiedztwie z zarazkiem, a mianowicie energja promienna ma wpływać na pobudzenie działania fibroblastów, znajdujących się w gruzełku, a mających za zadanie zniszczyć prątki gruźlicze.

W wyniku proponuje autor następujący sposób postępowania leczniczego w przypadkach gruźlicy przydatków i otrzewnej.

1. W gruźlicy narządów rodnych rozpoznanej z pewnością stosować leczenie energją promienną.
2. W przypadkach rozpoznanych dopiero w czasie operacji — naświetlać po operacji.
3. W przypadkach peritonitis exsudativa chronica, zwłaszcza połączonej ze znaczną ilością płynu w jamie brzusznej, wydaje się wskazane cięcie brzuszne; w klinice krakowskiej od dawna przyzwyczajono się w tych przypadkach wprowadzać do jamy otrzewnowej rozczyn argochromu; naświetlanie następowe może wpłynąć korzystnie przez wywołanie wtórnego promieniowania cząsteczek metalu w jamie brzusznej.
4. Leczenie klimatyczne i dyjetetyczne stanowi czynnik pomocniczy leczenia niezaprzeczalnej wagi.

Badania nad obustronnem wrodzonem zwichnięciem stawu biodrowego. Vernin g P. (*Luxatio coxo-femoralis bilateralis congenita*). *Gynecologie et Obstetrique T. XVII. Nr. 4.*

Najczęstszym typem zwichnięcia wrodzonego w stawie biodrowym jest taki, przy którym główka kości biodrowej przesuwa się powyżej i ku tyłowi poza panewkę stawu. Omawiana wada wrodzona powoduje ustawienie płaszczyzny wchodu miednicy prawie prostopadle, na sam jednak kształt wchodu wpływa tylko nieznacznie, zmniejszając nieco wymiar prosty tegoż. Wychód ulega nawet nieznacznemu zwiększeniu i to głównie w wymiarze poprzecznym. Poród, według zdania podręczników, bywa zazwyczaj w tych przypadkach łatwy.

Tymczasem autor natrafił w jednym przypadku zwichnięcia wrodzonego w stawie biodrowym na nieoczekiwaną przeszkodę. Mianowicie, prowadząc poród pośladkowy u rodzącej z omawianą wadą w położeniu z mocno przygiętemi do tułowia i rozłożonemi udami natrafił na nieprzezwyciężalny wprost opór przy wyprowadzaniu główki. Dopiero po wykonaniu addukcji uda lewego nagle znikły wszelkie trudności i główkę dało się łatwo wydobyć nazewnątrz. Badanie rentgenologiczne tego przypadku i dwunastu innych, jak również doniesienie z r. 1921 *Petersen'a* (z Bergen) wyjaśniły sprawę.

Stwierdzono mianowicie, że przy położeniu zazwyczaj nadawanem rodzącym podczas operacji położniczych z udami mocno zgiętemi i w położeniu abdukcji — główki kości biodrowej przechodzą częściowo, lub nawet całkowicie, przez incisura ischiadica, wpuklają się do wewnątrz miednicy małej i stanowią przeszkodę porodową; wyciągnięcie i addukcja, (przywiedzenie) ud usuwa łatwo tę przeszkodę porodową. Stąd rzadziej wchodzi ona w grę w porodach samoistnych przy położeniu dowolnie wybranym przez rodzącą — częściej w porodach operacyjnych.

W sprawie stanu narządów obserwowanych podczas cięcia cesarskiego w dolnym odcinku macicy. Burger P. *Gynécologie et Obstétrique, t. XVII. Nr. 5.*

Autor stwierdza, że stan szyji, zatoki pęcherzowo-macicznej, otrzewnej pokrywającej macicę nie zależy od rozwarcia ujścia zewnętrznego, ani od jakości bólów porodowych, ani od zawartości dolnego odcinka macicy (łożysko przodujące), i stanowi wynik cech indywidualnych danego osobnika.

Znaczenie pęcherza płodowego w czasie porodu, ze szczególnem uwzględnieniem przypadków nieustalania się główki przy jednoczesnym niestosunku porodowym części kostnych lub bez niego. Kreis I. *Gynécologie et Obstétrique, t. XVII. Nr. 5.*

Na zasadzie licznych obserwacyj klinicznych, jak również na zasadzie prac ze szkoły strasburskiej, autor zajmuje stanowisko nieco odmienne od dotychczasowego poglądu piśmiennictwa na sprawę omawianą.

Poglądy autora dadzą się streścić jak następuje: Pęcherz płodowy nie działa, jak klin na ujście zewnętrzne macicy, rozwarcie tego ostatniego jest skutkiem skurczów macicy: układ wiązek mięśniowych podłużnych trzonu, jak również okrężnych i skośnych szyji opracowany przez *Bayera* jest do stateczną podstawą tego poglądu.

Ciśnienie hydrostatyczne nie jest bynajmniej konieczne dla wydalenia płodu, przeciwnie w początku porodu w przypadkach nieustalonej części przodującej (główki) jest ono przeszkodą dla zejścia dolnego bieguna płodu do miednicy małej i to tak przy miednicy prawidłowej, jak względnie ścieśnionej.

Pęknięcie pęcherza płodowego nie jest skutkiem (w prawidłowych przypadkach) ciśnienia hydrostatycznego wewnątrzjajowego, bo gdyby tak było, to pęcherz powinien by pękać zaraz z początkiem porodu przy najmniejszem nawet rozwarciu ujścia zewnętrznego. Zdaniem autora pęcherz płodowy pęka dzięki działaniu części przodującej, która jest niejako tłokiem posuwającym się ku dołowi i w ten sposób wzmagającym ciśnienie w wodach poprzedzających, zmuszając wreszcie błony do pęknięcia. Główka nieustalona nie ma działania tłoku, pęcherz płodowy nie pęka dlatego, że główka nie schodzi na dół, a główka nie schodzi na dół gdyż przeszkadzają jej w tem wody płodowe. Wytwarza się błędne koło, z którego wyjściem będzie tylko ustąpienie jednego, czy drugiego czynnika.

Przedwczesne odejście wód płodowych nie wpływa ani na rozwieranie się ujścia, ani na wydalenie płodu, ani na przedłużenie się porodu; nie powoduje też ono zakażenia rodzącej.

Wychodząc z wyłuszczonych wyżej podstaw teoretycznych autor wysnuwa następujące wnioski praktyczne.

Jeżeli następują bóle porodowe nieregularne, o typie skurczowym, nie zmieniające swego rytmu na prawidłowy pod wpływem środków przeciwskurczowych, to po długiej i starannej obserwacji należy przebić pęcherz płodowy, gdyż odpłynięcie wód wpłynąć może dodatnio na jakość bólów porodowych.

W przypadkach miednicy prawidłowej, przy główce nieustalającej się pomimo braku niestosunku porodowego należy również przebić pęcherz płodowy.

W przypadkach miednicy względnie ścieśnionej przy główce nieustalonej przebić pęcherz płodowy może tylko doświadczony położnik, który potrafi ocenić, czy pomiędzy daną główką a miednicą istnieje niestosunek porodowy, czy nie. Oczywista, pęcherz przebijać należy tylko tam, gdzie istnieje nadzieja, że poród odbędzie się per vias naturales.

Co do techniki przebijania pęcherza płodowego, to autor radzi wykonywać to cienką sondą pod kontrolą palca, tuż pod górną wargą, nigdy w środku ujścia, aby uniknąć zbyt gruntownego odpłynięcia wód płodowych. Postępowanie autora ma na celu skrócenie czasu porodu i możliwie szybkie ustalenie się główki.

Skurcz spastyczny szyji macicy w czasie porodu. Horrenberger. *Gynécologie et Obstétrique T. XVII. Nr. 5.*

Autor rozpatruje obkurczenie ujścia tak wewnętrznego, jak zewnętrznego na zasadzie obserwowanych przez się porodów, i dochodzi do wniosku, że przyczyny tej względnie często występującej przeszkody porodowej szukać należy w nadmiernej pobudliwości macicy w okolicach ulegających obkurczeniu. Jako moment wyzwalający skurcz uważać należy ten czy inny uraz, niekiedy zdawało by się nieznaczny, a więc przedwczesne odejście wód płodowych, samoistne czy sztucznie wywołane, niekiedy znowu zbyt długie pozostawanie niepękniętego pęcherza płodowego zmiana kierunku osi macicy przez jej wyprostowanie, ściągnięcie nóżki, wydobycie płodu, zabieg *Moriceau* i t. d. Obkurczenie ujścia tak wewnętrznego, jak zewnętrznego, powoduje często nadmiernie przedłużającą się ruchomość główki, pomimo braku niestosunku porodowego ze strony miednicy i główki. Nie ulega, jak się zdaje, wątpliwości, że obkurczenie się ujścia macicy jest wynikiem czynnego skurczu mięśni okrężnych tej okolicy, co znajduje potwierdzenie w obserwowanym przez autora skurczeniu się już bardziej rozwartego ujścia.

Skurcz ujścia zewnętrznego ustępuje zazwyczaj pod wpływem środków przeciwskurczowych za jakie uważać można morfinę, atropinę i spasmalgine. Natomiast obkurczenie ujścia wewnętrznego często nie ustępuje pod wpływem podania wymienionych środków, jak również pod wpływem znieczulenia miejscowego; rozluźnia go zazwyczaj dopiero znieczulenie ogólne, uśpienie.

W zakończeniu autor podkreśla duże znaczenie omawianych skurczów dla przebiegu porodu, gdyż przedłużają go one nadmiernie, jako jedyna często przyczyna w tych szczególnie przypadkach, gdzie brak niestosunku porodowego pomiędzy główką a miednicą. O tem lekarz winien pamiętać, gdyż leczniczem podaniem naprz. morfiny może znakomicie ulżyć rodzącej, skracając i łagodząc poród.

Bóle skurczowe (spastyczne) w czasie porodu. Bindschaedler. *Gynécologie et Obstétrique T. XVII, nr. 5.*

Skurczowe bóle porodowe charakteryzują się nadmierną intensywnością, nieregularnością rytmu, występują zbyt często, są niejednakowej długości przyczem niekiedy znika prawie zupełnie pauza, gdyż macica w przerwach pomiędzy bólami nie rozkurcza się całkowicie. Bóle te nie dają postępu porodowego, przedłużając niekiedy poród b. znacznie.

Obserwując szereg porodów autor zauważył, że bóle o typie bólów skurczowych występują częściej, niż by to się zdawać mogło, toteż celem niniejszego artykułu jest wyjaśnić etjologję omawianych bólów i ich leczenie.

Porównując swoje obserwacje z danemi z piśmiennictwa autor zaznacza, że nie udało mu się stwierdzić zależności bólów skurczowych od wielo-

krotnego badania przez pochwę, od metritis lub endometritis, od przyrośnięcia błon płodowych w dolnym odcinku macicy, od przepełnionego pęcherza lub kiszki stolcowej, od niedorozwoju macicy (uterus infantilis), od neurastenji szczególnie rozwiniętej u rodzącej. Nawet przedwczesne odpłynięcie wód płodowych nie wpływa, jak sądzi autor, na wytworzenie się bólów skurczowych; odwrotnie widywał przypadki, w których bóle skórczowe ustępowały miejsce prawidłowym właśnie po przebiciu pęcherza płodowego.

Bóle skurczowe bardzo rzadko występują od początku porodu; zazwyczaj pojawiają się one już w czasie porodu, o ile dolny biegun jaja płodowego natrafia na jakąś przeszkodę porodową: przeszkodą tą może być czy to blizny w okolicy ujścia zewnętrznego i szyi, czy to niepodatność ujścia wytworzona po zapaleniu rzeżączkowem, czy to obrzęk warg, czy wreszcie niestosunek porodowy. Zaznaczyć należy, że, pomijając przyczyny wyżej wymienione, może istnieć skurcz spastyczny ujścia wewnętrznego, stanowiący przeszkodę porodową. Pomiędzy przyczynami tego stanu dużą rolę odgrywają schorzenia nerek, ogólnie objawowo biorąc, białkomocz rodzących. Poza przeszkodą porodową bóle skurczowe wywołać może nadmierne rozciągnięcie macicy, jak to ma miejsce przy wielowodziu i przy ciąży mnogiej.

Leczniczo działać należy na skurcz ujścia zewnętrznego podaniem środka z rzędu „antispasmodicum“ naprz.

S p a s m a l g i n e $^1/_2$—1 cm^3 parokrotnie w ciągu doby, lub m o r f i n y 0,01 jednorazowo. W przypadkach zbliznowacenia lub obrzęku ujścia zewnętrznego, jak również w niektórych specjalnie uporczywych przypadkach skurczu mięśniowego, położnik zmuszony jest do wykonania nacięć brzegów ujścia zewnętrznego.

Zazwyczaj po zastosowaniu wymienionego leczenia czynność porodowa staje się prawidłową, regularną; w rzadkich tylko przypadkach po środkach przeciwskurczowych (spasmalgine, morfina) bóle, stają się zbyt rzadkie i zbyt słabe. Położnik ma wówczas do rozporządzenia środki wzmacniające bóle, jak wyciąg z przysadki mózgowej w małych dawkach ($^1/_4$—$^1/_3$ cm^3). W ten sposób położnik, regulując czynność porodową, prowadzi poród w dosłownem słowa znaczeniu.

Skurcze spastyczne macicy rodzącej; zaburzenie unerwienia autonomicznego trzonu i szyji. S c h i c k e l é G. (artykuł pośmiertny). *Gynécologie et Obstétrique T. XVII, nr. 5.*

Opierając się na obserwacjach *Horrenbergera i Bindschaedlera*, poczynionych na klinice autora, jak również na osobiście spostrzeganych przypadkach (z których parę cytuje), *Schickelé* podkreśla samodzielność unerwienia szyji od trzonu macicy, samodzielność, w której zauważyć się dają cechy antagonistyczne. Mianowicie przypuszcza on, że szyja, podobnie jak trzon, ma zdolność samoistnego kurczenia się, przez co zmniejsza się obwód ujścia wewnętrznego, czy zewnętrznego; że jednakowoż w warunkach prawidłowych pobudzenie ośrodków motorycznych trzonu macicy hamuje podobne ośrodki szyji, przez co ta ostatnia staje się częścią bierną, ulegającą stopniowemu rozciągnięciu, a ujście rozszerza się prawidłowo; natomiast w warunkach patologicznych zdarzyć się może, że pobudzenie do skurczu ośrodków ruchowych szyji powoduje zahamowanie takich że ośrodków trzonu, co wywołuje zatrzymanie czynności porodowej. Istnieje wreszcie możliwość trzecia, kiedy prawidłowe pobudzenie ośrodków ruchowych trzonu zbiega się z nieprawidłowem pobudzeniem ośrodków ruchowych szyji. W tych dwu ostatnich wypadkach poród wróci do normalnego biegu tylko wtedy, kiedy ustanie pobudzenie ośrodków motorycznych szyji.

Dla ilustracji wyżej wyłuszczonych poglądów autor przytacza kilka obserwacji porodów, w których przy wyraźnym obkurczeniu ujścia wewnętrznego czy zewnętrznego i przy silnej bolesności odczuwanej przez rodzącą w okolicy nerek i spojenia łonowego trzon macicy kurczył się słabo i poród przeciągał się tak z powodu obkurczenia się ujścia szyji, jak z powodu słabych bólów trzonu. Podanie w takim przypadku wyciągu przysadki mózgowej prawdopodobnie pogorszyłoby tylko sytuację, natomiast środek przeciwskurczowy (atropina w postaci spasmalgine'y) hamując ośrodki motoryczne szyji, wyzwolił działanie ośrodków ruchowych trzonu, co dało w skutku prawidłową czynność porodową i rychłe szczęśliwe ukończenie porodu.

To też praktycznie radzi *Schickelé* wtedy tylko podawać wyciąg z przysadki mózgowej, jako środek wzmacniający bóle, kiedy badanie ścisłe i obserwacja porodu wyłączyć pozwala istnienie skurczu szyji, o ile by ta ostatnia zachodziła ewentualność— środek przeciwskurczowy, jak atropina, odegra znakomicie rolę środka wzmagającego ból porodowy. Z wyłuszczonych też wychodząc względów radzi autor podając w okresie I wyciąg przysadki mózgowej ($^1/_3$ cm^3.) dodanie nieco spasmalgine'y, jako środka przeciwskurczowego.

Czy można obecnie zbadać w klinice stan czynnościowy jajników. T z o v a r u S. *Gynecologie et Obstetrique I.XVII Nr. 4.*

W myśl zasad nowoczesnej medycyny, która zwraca przedewszystkiem uwagę na stan czynnościowy narządu, autor pragnie pokrótce przejrzeć obecnie istniejące metody badania stanu czynnościowego jajnika.

Na wstępie autor przypomina, że jajnik działa:

1. n a k r w i o o b i e g, z m n i e j s z a j ą c c i ś n i e n i e t ę t n i c z e;

2. n a s k ł a d k r w i, z w i ę k s z a j ą c l i c z b ę c z e r w o n y c h c i a ł e k k r w i, z w i ę k s z a j ą c i l o ś ć h e m o g l o b i n y, c h o l e s t e r y n y i z m n i e j s z a j ą c z a w a r t o ś ć w a p n i a w e k r w i;

3. n a t r u c i z n y k r ą ż ą c e w o r g a n i ź m i e, d z i a ł a j ą c o d t r u w a j ą c o;

4. n a s t a n o d ż y w i e n i a, wzmagając wydalanie wapnia, fosforu i związków azotowych;

5. n a c z y n n o ś c i o d d e c h o w e, przyspieszając wymianę gazową, wzmagając przemianę podstawową.

6. n a t r a w i e n i e, wzmagając łaknienie.

7. n a u k ł a d n e r w u współczulnego, wywołując niekiedy bradycardiam, bóle głowy i t. p.

Metody, służące do badania stanu czynnościowego jajnika, mogą być pośrednie lub bezpośrednie.

Ogólnie zaś dzielą się one na próby kliniczne i biologiczne.

I. Do prób klinicznych zaliczyć należy: 1. badanie ogólne: przyczem zwracać należy uwagę na wzrost, ilość podściółki tłuszczowej, budowę miednicy, rozwój gruczołów piersiowych, na miesiączkę, tak co do bolesności, jak co do trwania i obfitości.

2. Badanie ginekologiczne.

3. Badanie stanu psychicznego, na które autor zwraca szczególną uwagę.

II. Do prób biologicznych należy;

1. Zmiany rujowe, a) w pochwie, a mianowicie w okresie przedrujowym i rujowym występuje powiększenie objętościowe nabłonka wyściełającego, obrzęk i nacieczenie śluzówki, zjawiają się w warstwach głębokich nabłonka komórki walcowate i wielokątne, występuje wzmożone wydzielanie śluzu, złuszczonych komórek nabłonkowych i wreszcie stwierdza się obecność znacznej ilości wielojądrzastych leukocytów w warstwie nabłonkowej pochwy.

W okresie porujowym — w okresie spoczynku nie stwierdza się zupełnie zmian w śluzówce pochwy.

Wreszcie w okresie anoestrus widać spłaszczenie komórek nabłonkowych i poczynające sie ich odradzanie, z jednoczesnem zniknięciem leukocytów w nabłonku pochwy.

b) w macicy i jajowodach; zmiany są trudniej uchwytne, a więc jak dotąd niemają praktycznego znaczenia.

2. Próby hematologiczne. a) liczenie czerwonych ciałek krwi, których liczba powiększa się najwyżej w 2 — 4 dni przed miesiączką i to tem wybitniej, im bardziej wydatna jest czynność jajników.

b) badanie zawartości cholesteryny we krwi, która osiąga najwyższej ilości na 5 dni przed perjodem, poczem spada, wracając do ilości prawidłowej w 3 — 4 dni po ustaniu krwawienia miesiączkowego.

Okresowe wahania w ilości cholesteryny stwierdza sie również w przypadkach braku krwawień miesiączkowych, co jest jednym z dowodów istnienia funkcji jajnika, pomimo braku krwawienia miesiączkowego.

c) próba Abderhaldena, której wyniki dotąd nie są ustalone.

3. badanie na zawartość hormonów, za pomocą injekcji krwi lub surowicy myszom wytrzebionym (*Allen, Zondek, Aschheim*).

4. próba na wagotonję (*Parisot i Richard*), polegająca na injekcji wyciągów jajnikowych kobiecie badanej: wagotonja występująca po tej injekcji świadczy o prawidłowej działalności jajników.

5. badanie ilości wydzielanych wapnia, fosforanów i azotu w moczu; wzrost wydzielania świadczy o prawidłowej działalności jajnika.

6. badanie za pomocą środków farmakologicznych a) adrenalina w przypadkach słabej działalności jajników wywołuje silniejszą reakcję. b) w tychże przypadkach pilokarpina osłabia znacznie działanie substancji poprzedniej.

Na zakończenie autor zaznacza, że wszystkie wymienione próby mają tylko wartość względną i winny być dalej rozwijane i opracowywane.

Zawodziński.

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.

Les alternances morbides en dermatologie. Brocq L. *Annales de derm. et de syph. T. I 1928.*

Znany francuski dermatolog *Brocq* w pracy tej zestawia swoje poglądy, wypowiadane zresztą już niejednokrotnie, o stosunku wzajemnym niektórych schorzeń skóry i narządów wewnętrznych. Istota tych poglądów polega na tem, że w wielu przypadkach zbyt szybkie ustąpienie samoistne, lub uleczenie wykwitów skórnych powoduje niejako zaburzenia wewnętrzne, czasem nawet bardzo groźne. Schorzenia skóry, które wedle *Brocqa* często dają powód do podobnych zjawisk, są bardzo różnorodne — w pierwszym rzędzie jest to—wyprysk, pokrzywka, świerzbiączka, swędzenie o etjologji nieznanej, rozmaitej, rozmaite rumienie i wysięki skórne, czasem nawet czyraczność (są to zatem schorzenia, które dzisiaj zaliczamy najchętniej do przejawów uczulenia skóry lub ustroju w całości, nie zaś do odrębnych jednostek chorobowych — przyp. Ref.). Z pośród schorzeń wewnętrznych, które są zdaniem *Brocqa* równoważnikiem wymienionych odczynów skóry wymienia on następujące: — zaburzenia jelitowe i żołądkowe, bóle reumatyczne, migrena, dusznica, nieżyt nosa i błon śluzowych. Z tymi to schorzeniami spostrzegał on tak częste „alternances“, o których właśnie pisze.

W streszczonym artykule wymienia on 14 rozmaitych przypadków, z nich jeden chciałbym streścić: w następstwie szybko uleczonego wyprysku krocza nastąpiły u chorego ciężkie objawy ogólne i mózgowe, które pozwoliły dwum wybitnym neurologom rozpoznać prawdopodobieństwo guza podstawy mózgu; ciężki stan ogólny nieco został załagodzony, gdy przestano leczyć objawy wyprysku; całkowite zaprzestanie leczenia spowodowało nawrót ostrego wyprysku, w czasie którego stan ogólny polepszył się i objawy mózgowe ustąpiły. (*Poglądy Brocqa są nader charakterystyczne dla starej szkoły francuskiej, jednym z epigonów której jest Brocq. Ref.*).

Czy zarazek kiły przechodzi przez cykl rozwojowy i czy krętek blady nie jest jedną z postaci tego cyklu? C. Levaditi. *(Ann. de l'Instit. Pasteur 1928 nr. 5).*

Autor zwraca uwagę na fakt pozornie paradoksalny, a przy tem znany wielu badaczom—mianowicie brak krętków bladych w gruczołach chłonnych kiłowych królików; doświadczenia jednakże wykazują, że gruczoły te zawierają zarazek kiłowy — zakażają one bowiem zwierzęta zdrowe. Fakt ten czyni prawdopodobnem przypuszczenie *Schaudinna*, że krętek blady jest jedną z form rozwojowych krętka bladego. Badając histologicznie tkankę gruczołów chłonnych kiłowych królików doszedł autor do wniosku, że w tkance tej udaje się spostrzec cały szereg postaci przejściowych od prawidłowego krętka bladego — do tworów bardzo od niego różniących się, a jednak impregnujących się srebrem — są to przecinki, kółeczka, kropeczki, ziarenka i t. d., które, być może, stanowią przejścia do innych, dotąd niewykrytych, postaci zarazka kiły.

Przypadek wilka rumieniowego leczonego z dobrym skutkiem przetworami złota. Pinard, Vernier, Versini. *Bull. de la soc. de dermat. nr. 6 1928.*

U 44 letniej chorej autorzy spostrzegali w ciągu 4 lat wilka rumieniowego, o bardzo uporczywym przebiegu. Chorą leczono przetworem złota (aurothiobenzimidazol), znanym w Niemczech pod nazwą triphal i zawierającym 44°/₀ złota. Środek podawano w odstępach 10 dniowych w dawkach 0,025 — 0.025 — 0.025 — 0.05 — 0.10 — 0,10 — 0.10 — 0.10. Wynik leczenia dosyć dobry; w dyskusji nad przypadkiem zwrócono uwagę na częste powikłania w przebiegu leczenia preparatami złota — powikłania te są następujące: podrażnienie nerek, zapalenia skóry i erytrodermje, silne zapalenia błony śluzowej jamy ustnej; obecnie jednak komplikacje te spotykamy rzadziej ze względu na zmiejszenie dawek. Wyniki lecznicze nie zawsze są pomyślne.

Lupus pernio. Rabut. *Bull. de la soc dermat. 1928 nr. 6.*

Przed 7 laty autor już obserwował chorą obecnie opisywaną — wówczas miała ona na policzku naciek, który rozpoznano jako sarcoid *Boecka* (jak wiadomo schorzenie to jest bardzo zbliżone do lupus pernio). Obecnie u chorej nacieki rozszerzyły się na nos i drugi policzek. Badania histologiczne nacieków wykazało utkanie gruźlicze; aczkolwiek prątków *Kocha* nie wykazano. Przypadek ten jest ciekawy ze względu na obecnośc zmian w kośćcu dłoni: stwierdzono mianowicie odwapnienie nasad paliczków i kości śródręcza. Budowa histologiczna nacieków i wspomniane odwapnienia są charakterystyczne dla t. zw. *„lymphogranulomatozy Schaumana"* (którą to nazwą łączy jak wiadomo *Schauman* takie schorzenia, jak *lupus erythematodes, lup. pernio, sarcoidy* i t. d. — przyp. referenta).

Odczyn wiązania dopełniacza w wiewiórze. Gelman. *Bull. de la soc. de dermat n. 6 1928.*

Na niewielkim materjale 27 przypadków trypra i 33 kontrolnych sprawdził autor wartość metody odchylania dopełniacza w tryprze. Posługiwał się on techniką *Rubinsteina.* Wyniki badań zdają się potwierdzać wartość djagnostyczną metody. U trzydziestu trzech osobników, którzy nie byli chorzy na trypra odczyn był ujemny; w przebiegu trypra ostrego (6 przypadków) pokazało się, że odczyn występuje w 2 — 3 tygodniu (słaby) i 4 — 5 (silny).

Z 6 przypadków trypra przewlekłego — u 5 odczyn był dodatni. Powikłania trypra (4 przyp. zapalenia najądrza i 3 przypadki zapalenia stawów) dały wyniki dodatnie.

8 przypadków schorzeń kobiecych dały wyniki ujemne w 6 wolnych od trypra i dodatnie w 2 przypadkach przewlekłego trypra.

O wynikach prób wiązania dopełniacza w chorobie Favre-Nicolas. Kitchevatz i Kitchevatz-Petrowicz. *Bull. de la soc. fr. de dermat, 1928, nr. 6.*

Autorzy zbadali na 22 przypadkach zdolność surowicy chorych na chorobę *Nicolas-Favre* — wiązania dopełniacza.

(Jak wiadomo choroba N.-F. jest schorzeniem gruczołów pachwinowych z hiperplazją ich tkanki i rozwojem wewnątrzgruczołowych ropni; niektórzy autorzy nie odróżniają tej choroby od dymienicy zwykłej — *Gougerot, Milian,* — zarazek tej „choroby" nie jest znany Ref.). Autorzy wyhodowali z tkanki gruczołu bakterje, zawiesinę, których używali jako antigenu.

W 15 przypadkach = 68°/₀ nastąpiło odchylenie dopełniacza, co świadczyło by, zdaniem autorów, o znaczeniu praktycznym odczynu i być może upoważnia do wniosków etjologicznych.

Dodatni odczyn Wassermana rzadko wpływa na występowanie odczynu nieswoistego z antigenem autorów (zjawisko to spostrzegano w 3,8°/₀). Kontrole na ludziach zdrowych przeprowadzono z 323 surowicami — wynik był zawsze ujemny.

O chirurgicznem leczeniu tocznia zwykłego. Moure. *Bull. de la soc. franç. de derm., 1928. nr. 6.*

Autor gorąco poleca stosowanie wycięcia chorego ogniska, jako metody prostej i radykalnej w leczeniu tocznia. Leczenie to przeciwwskazane jest w przypadkach znajdujących się w okresie szerzenia się, lub w okresie powstawania nowych ognisk („ ne doit s'adresser, qu'a certains lupus circonscrits et, qui ne sont pas en periode d'evolution, ni d' essaimage"). Postępowanie pooperacyjne może być rozmaite — zszywanie rany lub przeszczepianie skóry; autor jest zwolennikiem tej drugiej metody — daje ona bowiem lepszy wynik kosmetyczny. W wypadkach gdy przeszczepione ognisko tworzy rodzaj poduszeczki o innej nawet barwie, można przez stopniowe ścinanie brzytwą uzyskać wynik lepszy.

Przypadek stwardnień na ramionach po wstrzykiwaniach oleju kamforowego — z przerzutami w skórze ud. Hufnagel L., Hufnagel A. i Nabias. *Bull. dn la soc. de derm., nr. 6. 1928.*

Autorzy spostrzegali chorą, u której w następstwie wstrzykiwań podskórnych kamfory wytworzyły się w miejscu wstrzyknięć guzowatości; budowa histologiczna wykazała tłuszczowe torbiele z odczynem zapalnym w otoczeniu. W miejscach (uda, w których, jak chora utrzymywała) wstrzykiwań kamfory nie robiono — wytworzyły się identyczne stwardnienia, autorzy tłomaczą występowanie ich „przerzutami" (!). (Zwraca jednakże uwagę okoliczność, że chora była leczona przez innych lekarzy i że otrzymywała wstrzykiwania roztworu soli fizjologicznej w skórę ud. (Przyp. Ref.).

Przypadek liszaja czerwonego uleczony autohemoterapją. Barthelémy. *Bull. d. la soe. franç. de derm., 1928, nr. 6.*

Autor spostrzegał przypadek liszaja czerwonego (nader uporczywego w przebiegu), który ustąpił po zastosowaniu autohemoterapji. Już po drugiem wstrzyknięciu krwi swędzenie zmniejszyło się, a całkowite wyleczenie wymagało 11 injekcji, robionych dwa razy na tydzień.

Leczenie śniegiem kwasu węglowego w postaci papki acetonowej. Giraudeau. *Bull. de la soc. franç. de Derm., 1928, nr. 6.*

Autor poleca stosowanie swojej metody leczenia śniegiem Co_2; prosta ta metoda polega na otrzymaniu śniegu, zmieszaniu go z acetonem i smarowaniu szpatułką lub przykładaniu watką na odpowiednie części skóry. Metoda ta jest nader prosta, unika się mozaikowych blizn otrzymywanych przy stosowaniu metody *Lortat-Jacob* (cryocautère) lub „ołówka" ze sprasowanego śniegu Co_2.

Występowani esiwizny i łysienia plackowatego u królików, którym podawano duże dawki thyreoidyny. Sainton i Véran. *Bull. de la soc. franc. de Dermal, 1928, nr. 6.*

Autorzy podawali wyciąg z tarczycy (preparat Cariona) w dużej ilości królikom (w przeciągu 14 miesięcy 1.603 gr. = 805,3 gruczołu in substantia). Preparat stosowano dootrzewnowo; zwierzęta znosiły doświadczenia dobrze, lecz po upływie wymienionego czasu traciły na wadze (600 gr.), rozwijały się objawy choroby Basedowa, jednocześnie wystąpiła ogniskowa siwizna i łysienie.

Ostra białaczka z objawami symulującemi gnilec. Nicolas i Lebeuf. *Journal de Médecine de Lyon. 1928. Nr. 201.*

Opis przypadku białaczki u 25 letniego mężczyzny, objawy chorobowe rozpoczęły się przed rokiem pod postacią krwawień z dziąseł; w chwili spostrzegania przez autorów objawy chorobowe były następujące: znaczne zapalenie dziąseł i śluzówki jamy ustnej z licznymi nekrotycznymi nalotami i umiarkowanem krwawieniem; krwawienie z narządów moczowych i przewodu pokarmowego; ogólne powiększenie gruczołów chłonnych, ciężki stan ogólny.

W obrazie hematologicznym — ciężka anemja (2.700.000); 200.000 ciałek białych w 1 mm.^{3}; znaczna mononukleoza (67%), w której przeważały komórki młode.

Schorzenie zakończyło się zejściem śmiertelnem w ciągu 6 tygodni. Podobny przebieg jest rzadkością, a ze względu na przewagę w obrazie klinicznym zmian w jamie ustnej może być powodem błędów rozpoznawczych.

Przyczynek do poznania zniekształceń stopy. Hipertrofja zewnętrznego brzegu kośćca stopy na tle kiły i urazów. Favre Lagèze, Thiers. *Journ. de Méd. de Lyon. 1928. Nr. 201.*

Autorzy opisują trzech chorych, u których na stopach spostrzeżono objawy zapalne dotyczące kośćca śródstopia; objawom zapalnym towarzyszyły hyperostozy tych części, oraz u dwóch z nich przetoki kostne; dwaj z tych chorych mieli objawy wiądu rdzenia, trzeci w młodości przechodził kiłę. Autorzy tłomaczą powstawanie opisywanych zmian stałymi drobnymi urazami (przy chodzeniu) i wpływem kiły.

Żółtaczki w przebiegu kiły wczesnej. Gaté i Barral. *Le Journal de Medecine de Lyon. 1928 Nr. 201.*

Artykuł jest krótkim referatem poglądowym na temat żółtaczek w przebiegu kiły. Żółtaczki te mają patogenezę bardzo rozmaitą; dla tego też słusznem jest przeprowadzenie pewnej systematyki. Z omawianej grupy wykluczyć należy żółtaczki „towarzyszące" jedynie kile. (Kamica, żółtaczka nieżytowa, durowa i t. d.). W grupie żółtaczek na tle kiły odróżniamy następujące postaci; żółtaczka bardzo wczesna — występująca przed objawami ogólnymi to zn. przed osutką; przypadki te są rzadkie, patogeneza ich jest niejasna, obraz kliniczny nie ma nic charakterystycznego, tłomaczyć występowanie ich można wpływem krętków, stanowią one zatem jedynie bardzo wczesne odmiany grupy następnej —

żółtaczek, które towarzyszą objawom ogólnym kiły, lub następują nieco później. Pod względem rozpoznawczem znaczenie pierwszorzędne mają towarzyszące jej objawy kiły; przebieg żółtaczki jest rozmaity — najczęściej dobrotliwy, rzadziej złośliwy — autorzy spostrzegali nawet przypadek śmiertelny. Jeszcze rzadziej spotyka się lekkie, nawracające stany subikteryczne, tłomaczyć je należy również wpływem krętka bladego na miąższ wątroby. Inną grupę stanowią kiłowe żółtaczki hemolityczne, przypadki te są w przebiegu nader ciężkie, trudności rozpoznawcze, a za tem i lecznicze, mogą być znaczne. Wszystkie wyżej wymienione postaci żółtaczki wymagają leczenia swoistego.

Prócz żółtaczek wywołanych przez krętki blade w przebiegu kiły spostrzegamy — i te przypadki nie są rzadkie — żółtaczki skutkiem zatrucia lekami przeciwkiłowymi. Najczęstszą przyczyną tych schorzeń jest arsenobenzol; wśród tych przypadków wyróżnić należy wczesne i późne (występujące kilka tygodni, a nawet miesięcy po ukończeniu leczenia). Nadmienić należy, że przebieg tych przypadków w niczem nie różni się od przebiegu innych postaci żółtaczek, dla tego też z wielką ostrożnością należy stawiać wskazania do dalszego leczenia. Niektórzy, jak naprzykład *Milian*, tłomaczą występowanie prawie wszystkich żółtaczek występujących po leczeniu arsenobenzolem — aktywacją jadu kiłowego. *Milian* zalicza te zjawiska do stworzonej przez siebie grupy zjawisk na tle biotropizmu i wymaga kontynuowania leczenia swoistego. Ze względu na brak pewnych cech odróżniających żółtaczki kiłowe — od toksycznych — arsenobenzolowych postępowanie *Miliana* może być przeciwskazane.

O leczeniu wilka rumieniowego krysolganem. Schaumann i Héden. *Bull. de la soc. franc. de dermat Nr. 9. 1927.*

Autorzy leczyli 56 przyp. wilka rumieniowego wstrzykiwaniami krysolganu z następującymi wynikami: 26 wyleczeń zupełnych i 21 prawie zupełnych; w 7 przyp. znaczne polepszenie, w 2 przyp. wynik ujemny. Z pośród 26 „uleczonych" — wyniki trwałe (obserwacja od 2 — 18 mies.) otrzymano u 18; u 8 chorych spostrzeżono nawroty po 3 — 11 miesiącach. Chorych, u których uzyskano polepszenie — dolec:ono stosowaniem miejscowo śniegu CO_2, lub naświetlaniami. W 9 przypadkach komplikacje skórne; niektóre z nich bardzo ciężkie i długotrwałe; u 3 chorych podrażnienie nerek, u 5 zapalne objawy w jamie ustnej. Autorzy stosowali 10 wstrzyknięć w odstępach tygodniowych (0.01 — 0.025 — 0.05 i 7 razy po 0,1). (Są to dawki bardzo duże. Ref.).

Przypadek „pęcherzycy" kiłowej o szczególnem umiejscowieniu. Vatamanu. *Ann. des malad vener. 1927, nr. 8.*

Autor opisuje niemowlę z kiłą wrodzoną, u którego 4 — 5 tyg. po urodzeniu wystąpiły nader liczne pęcherze na skórze twarzy i klatki piersiowej; w treści tych pęcherzy stwierdzono dużo krętków bladych, również i w skrawkach skóry stwierdzono dużo krętków. Podobne przypadki są rzadkością, opisali je jednak: *Tournier, Ledermann, Buschke, Martin,*

Polepszenie świerzbiączki po leczeniu swoistem. Pautrier i Ullmo. *Bull. de la soc. fr. de derm. 1927. nr. 9.*

Autorowie spostrzegali dwa przypadki świerzbiączki (u 5 letniego dziecka i 24 let. kobiety) u chorych z dodatnim odczynem *Hechta* leczenie swoiste było nader skuteczne — objawy skórne, a zwłaszcza swędzenie, ustąpiły.

Przypadek obustronnego porażenia (6 tygodni po zakażeniu się) nerwu twarzowego w czasie leczenia arsenobenzolem — u osobnika z objawem pierwotnym umiejscowionym na podbródku. Hudelo i Barbi. *Bull. de la soc. franc. de derm. 1927 nr. 8.*

Ciekawy ten przypadek dotyczy chorego, u którego w czasie leczenia arsenobenzolem wystąpiło obustronne porażenie nerwu twarzowego. Jednostronne porażenie n. twarzowogo w przebiegu kiły wczesnej nie jest rzadkością. Pierwotnie przypuszczano, że nerw zostaje uciśnięty przez schorzałą tkankę w jego otoczeniu (perineuritis); *Dargaud* jednakże wyraził przypuszczenie, że chodzi tu o wpływ toksyczny krętków na tkankę samego nerwu. Od czasu wprowadzenia do lecznictwa arsenobenzoli przypadki tego rodzaju zdarzają się częściej; powstaje zatem kwestja toksycznego wpływu samego leku—większość jednak syfilidologów sądzi, że chodzi tu o schorzenia kiłowe, na tem stanowisku stoją też i autorzy. W opisywanym przypadku szybki wpływ krętków tłomaczyć należy umiejscowieniem objawu pierwotnego na podbródku i bliskością zatem do opon i ośrodków nerwowych. Aczkolwiek w podobnych przypadkach leczenie swoiste jest wskazane—w opisywanym przypadku musieli autorzy zrezygnować ze stosowania arsenobenzolu ze względu na złe znoszenie tego środka przez chorego.

Czteroletnie doświadczenie stosowania tryparsamidu w porażeniu postępującem. Sicard i Haguenau. *Ann. de med 1927. t. 22. nr. 4.*

Leczono tryparsamidem 22 przyp. poraż. post. (1.0 rozp. w 4 ccm. Aq. dest. 1 raz tygodniowo dożylnie: początkowo 1.0, 2,0 potem 3.0 gr. na dawkę— do ogólnej ilości 21 — 24 gr.) Po przeprowadzeniu tego rodzaju kuracji zarządzano 6 tyg. przerwę, po czem powtarzano leczenie jeszcze 2 razy. W 2 przyp. spostrzegano wymioty, którym zapobiegała adrenalina podana podskórnie. Jeden chory zmarł po otrzymaniu 14.0 gr., drugi po pierwszem wstrzyknięciu 1.5 gr. Zaburzeń ze strony nerwu ocznego nie spostrzegano. Dwóch chorych zmarło skutkiem daleko posuniętego schorzenia. Dwa przypadki remisji z płynem prawidłowym, w 7 przyp. wróciła zdolność do pracy, pozostały jednakże zaburzenia mowy i zmiany w płynie m. rdz. W 2 przyp. osiągnięto zatrzymanie, w 4 zwolnienie rozwoju choroby. 5 innych przypadków autor nie wlicza do statystyki (przyp. wątpliwe, niedostatecznie leczone i t. d.).

Autor na podstawie tych danych poleca stosowanie środka. *M. Grzybowski.*

KRONIKA.

W październiku, jak zwykle, odbędzie się zjazd chirurgów francuskich. Udział polaków w tegorocznym zjeździe zapowiada się liczniejszy, niż w latach ubiegłych.

* * *

W lipcu 1929 r. w Warszawie odbędzie się VIII Zjazd Międzynarodowego Towarzystwa Chirurgicznego. Prace przygotowawcze są obecnie w pełnym toku. Po zjeździe planowany jest szereg wycieczek po kraju, które dadzą możność uczęstnikom zjazdu poznania Polski i naszych urządzeń chirurgicznych. Delegatem Polski w Komitecie Zjazdowym jest prof. Leon Krzyński.

* * *

Dr. Torończyk udał się do Ljonu dla zakończenia swych badań dotyczących wzajemnej zależności gruczołów dokrewnych, zwłaszcza przysadki i jajnika. Na cel powyższy uzyskał on od T-wa Braci Lumiére pewien zasiłek pieniężny.

* * *

W Paryskich klinikach, szpitalach i zakładach odbędą się w ciągu najbliższych miesięcy następujące kursy dokształcające:

Okulistyka. Szpital Lariboisière. Od 3 listopada do 10 grudnia. Pod kierownictwem V. Morax'a. przy współudziale; Bollack'a, Hortmann'a, Magitot, Joseph'a, Lagrange'a, d'Autrevaux. Wpis 1000 franków.

* * *

Schorzenia wątroby. Klinika chorób wewnętrznych w szpitalu Cochin. Październik. Kierownik prof. Vidal. Wpis 200 fr.

* * *

Kurs poświęcony postępom medycyny wewnętrznej. Klinika propedentyczna. Druga połowa października. Prof. Sergent i dr. Lian. Czas trwania — 1 tydzień. Wpis 250 franków.

* * *

Kurs radjodjagnostyki chorób wewnętrznych. Tamże listopad. Prof. Sergent i Dr. Couvreux. Czas trwania — 1 tydzień. Wpis 250 franków.

* * *

Leczenie złamań i zwichnięć. Klinika chirurgiczna w szpitalu Cochin. Od 8 do 19 października i (drugi kurs) od 3 do 14 grudnia. Prof. Delbet z asystentami. Wpis 150 franków.

* * *

Radjologja przewodu pokarmowego. Klinika chirurgiczna w szpitalu Vaugirard. Kierownik Prof. Duval. Od 8 do 17 listopada. Wpis 250 franków.

* * *

Kurs ginekologji dla zaawansowanych. Klinika ginekologiczna. Prof. J. L. Saur'a. Od 8 do 20 października. Wpis 250 frankow.

* * *

Dwutygodniowy kurs elementarny położnictwa. Klinika położnicza prof. Couvelaire'a. Pierwsza połowa października.

* * *

Kurs położnictwa. Klinika położnicza i ginekologiczna prof. Brindeau. Od 15 do 30 października. Wpis 150 franków.

* * *

Kurs chirurgji i ortopedji dziecinnej. Prof. Ombrèdenne. Od 12 września do 1 października. Wpis 250 franków.

* * *

Choroby skórne i weneryczne. Zespół czterech kursów obejmujących: I dermatologję, II wenerologję, III leczenie, IV badania laboratoryjne. Prof. Jeanselme z asystentami. Październik, listopad, grudzień. Wpis wynosi po 250 franków za każdy kurs.

* * *

Kurs poświęcony chorobom wywoływanym przez pasożyty. Prof. Brumft. Od 23 października do 28 listopada. Wpis 250 franków.

* * *

Choroby podzwrotnikowe. Od 3 października do 15 grudnia. Wpis 850 franków.

* * *

Kurs dokształcający poświęcony gruźlicy płuc. Kierownicy prof. L. Bernard i Debré. Październik. Wpis 250 franków.

* * *

Kurs poświęcony operacjom plastycznym i kosmetycznym na twarzy i szyi. Prof. Sebileau i dr. Dufourmentel. Od 26 września do 6 października. Wpis 1000 franków. Uczęstnicy operują na zwłokach.

* * *

Szczegółowemi programami służy redakcja.

POKŁOSIE TERAPEUTYCZNE.

Profilaktyka ropnych zapaleń sutka w połogu. (*Riff. La Presse Nr. 50, 1928*).

Schorzenie to jest częste, pomimo stosowania najrozmaitszych środków profilaktycznych; zakażenie przychodzi do skutku prawie wyłącznie przez nadżerki i pęknięcia brodawki. Stosowanie alkoholu na brodawkę w ciąży może być z korzyścią, ale po porodzie — staje się szkodliwe, gdyż wywołując stwardnienie skóry, sprzyja przy ssaniu powstawaniu pęknięć.

Autor proponuje zabieg następujący. Po każdym seansie karmienia — obmycie brodawki ciepłą wodą z dodatkiem słabego środka odkażającego; po jej wysuszeniu gazą wciera się w ciągu paru sekund maść o następującym składzie: krochmalu 15,0 + wody różanej + 15,0 + gliceryny 130,0, po zagotowaniu, tej mieszaniny aż do zagęszczenia dodaje się tlenku cynku 7,0 i alkoholu lawendowego 10,0. Maść ta ma tę przewagę nad innemi, że dzięki podłożu z gliceryny przed każdem karmieniem łatwo daje się zmyć ciepłą wodą, czego nie można powiedzieć o maściach, przygotowanych na tłuszczu. W razie powstania nadżerki pomimo tej ostrożności zaleca się przykrycie brodawki ochraniaczem gumowym na 2 — 3 dni.

Leczenie profilaktyczne zakażeń połogowych sulfarsenolem. (*Bremon, La Presse Nr. 50, 1928*).

Znaczenie tego środka polega na jego działaniu tonizującem i bakterjobójczem (w stosunku i do zwykłych drobnoustrojów ropotwórczych, a zwłaszcza paciorkowców). Stosowanie sulfarsenolu wskazanem będzie: 1) u wszystkich rodzących, zakażonych jeszcze przed porodem rzeżączką, 2) u rodzących, co do których zachodzi podejrzenie, że mogły być zakażone w czasie porodu (operacje położnicze), i wreszcie 3) u wszystkich rodzących z obniżoną odpornością ogólną (astenja, krwotoki, wstrząs). Środek ten jest przeciwskazany w poważniejszych schorzeniach wątroby i nerek (mocznica).

Stosuje się sulfarsenol podskórnie w dawce 0,12 g. — raz dziennie, począwszy od pierwszego dnia połogu; o ile położnica do czwartego dnia pozostaje bez gorączki, niebezpieczeństwo zakażenia połogowego znika, dalsze stosowanie środka staje się zbędne.

Środki zmniejszające wydzielanie soku żołądkowego. (*Meunier. La Presse Nr. 52, 1928*).

Do tego rodzaju środków, obecnie najwięcej stosowanych, należą: a) proszki, chemicznie nieczynne, i b) tłuszcze. Proszki wywierają swoje działanie, powlekając powierzchnię śluzówki żołądka cieniutką warstwą ochronną, która zasklepia na jakiś czas ujścia gruczołów wydzielniczych. Tłuszcze działają, hamując wydzielanie soku żołądkowego na drodze odruchowej.

Autor proponuje podawanie na 10 minut przed jedzeniem jednej z następujących mieszanin: 1) 2 gramy kaoliny z trzema łyżkami świeżej śmietanki; 2) 2 gramy węglanu bizmutu z trzema łyżkami oliwy prowansalskiej; wreszcie 3) mieszaniny 2 gramów węglanu wapnia ze świeżem masłem w ilości pół łyżeczki.

Stosując te środki, autor otrzymywał zawsze wynik bardzo dobry.

SKRZYNKA REDAKCYJNA.

PYTANIA.

Od Redakcji. Zaznaczamy jeszcze raz, że tak pytania, jak odpowiedzi, winny być podpisane; anonimów bezwzględnie umieszczać nie będziemy. Natomiast Koledzy mogą zastrzec się, iż nie życzą sobie, aby w druku pytanie, względnie odpowiedź, były podpisane, chociażby inicjałami.

A 34.

Obecnie znajduje się w handlu wiele bardzo uporczywie reklamowanych preparatów epilacyjnych i często jestem zapytywany, czy nie są one szkodliwe i czy po ich użyciu nie występuje silniejszy wzrost włosów. Ponieważ nie posiadam osobistego doświadczenia w tej sprawie, prosiłbym o łaskawe poinformowanie.

Dr. B. K. w Kr.

A 35.

Kto z kolegów mógłby polecić niedrogi i skuteczny środek wzmagający łaknienie. Zwykle polecane goryczki stosowałem w rozmaitych kombinacjach, ale bez wyniku.

Dr. A. Z. w O.

A 36.

Czy kąpiele odtłuszczające posiadają jaką wartość praktyczną? Co sądzić należy o terapji parafinowej? Czy istnieje w języku polskim podręcznik kuchni djetetycznej, ze szczególnem uwzględnieniem kuracji odtłuszczających?

Dr. J. J. w B.

A 37.

Czy istnieje jaka metoda, dostępna dla lekarza praktyka, która mogłaby ustalić rozpoznanie bąblowca wątroby? Czy można wykonać nakłucie próbne? Rentgena na miejscu niema, chory jest b. niezamożny i nie jest w stanie udać się do większego miasta.

Dr. S. K. w Ż.

A 38.

Prosiłbym o zawiadomienie mnie, czy i gdzie istnieją w Polsce zakłady gimnastyki leczniczej zajmujące się leczeniem skrzywień kręgosłupa. Chodzi o 12 letnią dziewczynkę z bocznem skrzywieniem w miernym stopnju. Przypadek mojem zdaniem nadaje się bezwzględnie do leczenia gimastycznego. *Dr. Ch. w L.*

ODPOWIEDZI.

Ad. 30.

Analogiczny przypadek miałem sposobność obserwować w swej praktyce kilka lat temu u pewnej młodej (około 24 lat życia mającej), a od niespełna roku zamężnej kobiety, rodem francuzki, który to przypadek przebiegał. jednakże tak tajemniczo i skrycie, że nawet sam małżonek chorej anormalności swej żony nie spostrzegł, pomimo że pod przebywającą u znajomych w gościnie nieraz małżonką na dywanie objawiała się ni-stąd-ni-zowąd struga, — i skoro ten przypadek, w kilka miesięcy po urodzeniu cherlawego dziecka, zakończył się, przy pozornym dobrym stanie zdrowia, nagłem porażeniem mózgu

i śmiercią w ciągu paru (około 4-ch) godzin, — więc analogicznie rzecz pojmując, chcę tutaj zaznaczyć, że podany przez D-ra St. W. przypadek dotyczy nie właściwej wiekowi dziecięcemu enuresis, lecz padaczkowego nietrzymania moczu. Therapia sicut contra epilepsiam, ideoque núlla: in morbis incertis namque nullam speratis salutem...

Dr. Franciszek Czernak

Dąbrowa Górnicza.

Ad 32.

Uważam, że szczepienia skórne przeciwgośćcowe (*Ponndorf*, *Paul* i inne) dają w niektórych wypadkach dobre wyniki Stosowałem Cuti-Vaccinę. Paula w 80 przypadkach i ze względów oszczędnościowych własną szczepionkę w 20 przypadkach Wyniki są zachęcające. Wszystkie te szczepionki zawierają tuberkulinę w różnych postaciach.

Indywidualizacja i ścisłe wskazania są niezbędne. Brak prawidłowej klasyfikacji i wogóle klasyfikacji gośćca utrudnia orjentację.

Statystyka Paula nie wytrzymuje krytyki lekarskiej. Praca moja o leczeniu gośćca szczepionkami ukaże się w druku za sześć miesięcy.

Lîniecki
Łódź.

Ad. 33.

W przypadku wspomnianym w pytaniu 33 Skrzynki Redakcyjnej chodzi z pewnością o wstępny okres paraliżu postępującego. Zaleca się zbadać płyn mózgowo-rdzeniowy na odczyn Wassermana metodą miareczkowania. Dodatni odczyn Wa w 0.1—0.2 mm^3 płynu przemawia za paraliżem postępującym. Zbadanie psychjatryczne pacjenta jest wskazane.

Dr. A. Piotrowski

Gniezno.

Koledze R. Sz. w K.

Artykuły Wiedzy Lekarskiej są honorowane, o ile uprzednio autor zastrzegł sobie hononarjum. W razie braku takiego zastrzeżenia artykuł jest uważany za bezpłatny. Odbitki w liczbie 30 otrzymuje autor na koszt wydawnictwa, lecz również powinien to zaznaczyć na rękopisie.

Pracę Szanownego Kolegi chętnie umieścimy, ale nie znając jej treści oczywiście z góry przyrzekać nie możemy. Naogół bardzo pożądane są prace o charakterze wybitnie praktycznym przyczynki kazuistyczne, posiadające ogólniejsze znaczenie, również będą umieszczone. *Red.*

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski* Wydawca: *L. Nasierowski.*
Adres redakcji i administracji Warszawa, Piękna 62 tel. 124-39.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8. kwartalnie zł. 2. Konto **P. K. O. 15.785.**

NEUMAN & TOMASZEWSKI ZAKŁADY GRAFICZNE WE WŁOCŁAWKU

ANTIPYRETICVM
ANALGETICVM

CRYOGÉNINE LUMIÈRE

Żadnych ubocznych działań.



I

NAJŁAGODNIEJSZE i NAJPEWNIEJSZE DZIAŁANIE

przeciwgorączkowe

SZCZEGÓLNIE W

gruźlicy.

DAWKOWANIE. *DOROŚLI* 1,0 — 2,5 grm. „PRO DIE“.
DZIECI: ZALEŻNIE OD WIEKU.

II

NAJSKUTECZNIEJSZY ŚRODEK

przeciwbólowy

W DAWKACH WIĘKSZYCH 2,0 — 3,0 DZIENNIE

(w DNIE, POSTRZALE, NERWOBÓLACH, MIGRENIE i t. p).

POSTACI:

Pulvis Cryogénine do receptury: proszków, czopków, pigułek, zawiesin i t. p.

Comprimés { **Cryogénine** à 0,50 grm.
Cryogénine „ 0,25 „

W rurce 10 tabletek.

Cachets { **Cryogénine** à 0,50 grm.
Cryogénine „ 0,25 grm.

W rurce 10 opłatków.



PRZEDSTAWICIELSTWO NA POLSKĘ *L. NASIEROWSKI*
PIĘKNA 62. WARSZAWA Tel. 30-42; 124-39.

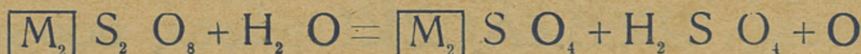
PERSODINE Lumière

SWOISTE LECZENIE

BRAKU ŁAKNIENIA

NADSIARCZANAMI.

DZIAŁA OGÓLNIE **DROGĄ KRWIOBIEGU** ZA POMOCĄ **TLENU:**



$$\boxed{M_2} S_2 O_8 + H_2 O = \boxed{M_2} S O_4 + H_2 S O_4 + O$$

ANALOGJA Z DZIAŁANIEM **KLIMATU GÓRSKIEGO.**

Przywraca łaknienie nawet w najuporczywszych przypadkach

REKONWALESCENCJI,
BLEDNICY,
NIEDOKRWISTOŚCI,
GRUŹLICY,
NEURASTENJI,
SCHORZENIACH ŻOŁĄDKOWYCH

również u dzieci.



SPOSÓB UŻYCIA:

PERSODINE podaje się raz dziennie, na kwadrans przed obiadem:

Dorosłym — 3 tabletki

Dzieciom od 8 — 14 lat — 2 tabletki

Dzieciom od 2 — 7 lat — 1 tabletka.

Należy rozpuścić tabletki w 1/4 szklanki wody

Przedstawicielstwo L. NASIEROWSKI

Warszawa, Piękna 62. Tel. 30-42, 124-39,

PRÓBY I LITERATURA NA ŻĄDANIE WW.PP. LEKARZY.

NEUMAN & TOMASZEWSKI, ZAKŁADY GRAFICZNE WE WŁOCŁAWKU